

GOITRE COLLOÏDE

PETITS KYSTES COLLOÏDES TRÈS NOMBREUX, DEUX OU TROIS VOLUMINEUX; STROMA FIBREUX N'OFFRANT RIEN DE PARTICULIER.

Par le Dr **Richelot**, chirurgien des hôpitaux.

Extirpation du corps thyroïde.

Femme de 25 ans, salle Notre-Dame, n° 13. — Née en Savoie. — Début de la tumeur à l'âge de 11 ans; développement surtout de 15 à 17 ans. — Il y a six ans, ponction, application de caustiques, drainage par M. Gosselin, à la Charité.

Actuellement : Tumeur grosse comme la moitié du poing; le lobe moyen surtout volumineux, dur, non fluctuant (un peu de liquide hématique par la ponction exploratrice).

Goître suffocant. — Pas de prolongement rétro-sternal. — Dyspnée habituelle, surtout dans les grands efforts; dysphagie, voix faible. Grande faiblesse générale, douleurs abdominales et métrorrhagies depuis quelques mois. Soupçon d'altération des sommets; elle a toussé l'hiver dernier. — Troubles circulatoires et nerveux de la tête.

Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital: poussée subaiguë de thyroïtite (influence de la ponction exploratrice?), comme elle en a déjà eu avant son entrée. — Les accidents ayant cessé au bout de quelques jours, la tumeur reste manifestement plus volumineuse qu'avant la poussée inflammatoire; la dyspnée et la dysphagie ont augmenté.

Opération le 11 septembre. — Grande incision courbe, à convexité inférieure, commençant au devant d'une carotide primitive pour aboutir au devant de l'autre, et passant par le lobe moyen de la tumeur, immédiatement au-dessus de la fourchette sternale. — Dissection du lambeau de bas en haut; les téguments adhèrent à la face antérieure de la glande par un tissu lardacé (poussées inflammatoires successives); quelques pincés hémostatiques sur cette face antérieure. — Vers le bord supérieur et les lobes latéraux,

les doigts et la spatule suffisent pour dégager la partie antérieure de la masse morbide.

Recherche du pédicule vasculaire en haut et à droite. — Un tronc veineux assez volumineux est atteint par le bistouri; tandis qu'un doigt est appliqué sur lui, une aiguille de Deschamps est passée sous le pédicule, et celui-ci lié en masse avec un fil de soie. Section entre le fil et la tumeur.

Recherche du pédicule vasculaire en haut et à gauche. — La thyroïdienne supérieure de ce côté est vue, isolée et coupée entre deux fils de soie.

En reprenant la dissection sur le bord droit de la tumeur, je m'aperçois que la trachée est fortement déviée de ce côté; elle décrit une grande courbe latérale vers l'artère carotide droite; elle est modérément aplatie d'avant en arrière, ne paraît pas ramollie ni dégénérée, et adhère intimement à la tumeur par un tissu lardacé, que la spatule ne peut pas entamer. L'adhérence me paraissant plus faible à la partie inférieure, je passe à la recherche de l'artère thyroïdienne inférieure, pour disséquer de bas en haut la trachée après la ligature de celle-ci.

Recherche du pédicule vasculaire en bas et à droite. — La thyroïdienne inférieure est vue, incomplètement isolée, et liée par un fil de soie à l'aide d'une aiguille de Deschamps. — Dissection facile de la trachée de bas en haut, avec les doigts et la spatule, jusque vers la partie moyenne. Tout en haut, l'adhérence est tellement intime que l'emploi du bistouri est nécessaire pour libérer la trachée au-dessous du larynx. — Les plexus veineux thyroïdiens, en arrière de la fourchette sternale, n'ont pas donné trace de sang.

Recherche du pédicule vasculaire en bas et à gauche. — Ligature de l'artère avec un fil de soie, après l'avoir vue et sentie sous le doigt.

Recherche du pédicule vasculaire en haut et à gauche. — Ne pouvant voir l'artère, on lie en masse une sorte de pédicule qui relie la tumeur principale à un lobe gros comme une amande, qui s'en détache et se prolonge en haut, devant la carotide gauche. Après la section de ce pédicule et l'ablation définitive de la tumeur, ce lobe accessoire, entouré d'un

tissu cellulaire lâche, est facilement énucléé avec les doigts.

On substitue des fils de catgut à la plupart des fils de soie; on ne laisse que trois de ces derniers: un sur le pédicule supérieur droit, et deux à la partie inférieure de la plaie.

La trachée, après la dissection de sa face antérieure, s'est remplacée d'elle-même sur la ligne médiane. On a fait en tout une dizaine de ligatures; la perte de sang a été très minime, à peine égale à celle d'une amputation de jambe rapidement faite.

L'opération a duré 2 heures; les ligatures définitives, la suture du lambeau et le pansement ont duré $\frac{3}{4}$ d'heure.

Suture exacte de la plaie avec des fils d'argent, après avoir inondé la plaie de solution phéniquée au vingtième. Trois orifices sont laissés, juste assez larges pour laisser passer trois petits tubes debout; l'un est au milieu, à la partie la plus déclive de la plaie, les autres à chaque extrémité de l'incision courbe. Par l'orifice de droite passe un fil de soie, et les deux autres par l'orifice médian.

Réunion immédiate de toute l'étendue de la suture, sauf deux points où les fils d'argent ont été enlevés un jour trop tôt. En ces points, la lèvre externe de l'incision se désunit, mais la lèvre interne reste fermée; aucune trace de pus. La température est montée à 38 et 38°,4 pendant quelques jours; dysphagie assez intense pendant le même temps. Au bout d'une huitaine de jours, poussée de bronchite et de trachéite assez intense, guérie au bout d'une quinzaine. Un peu de suppuration sur le trajet des fils de soie; deux petits abcès successifs au-dessus de la suture, provoqués par la présence des deux fils inférieurs, qui ne sont tombés que dans la 4^e semaine. Cicatrisation complète dans le cours de la 5^e semaine. *Aphonie* complète, persistante.

ŒDÈME DE L'ARYTÉNOÏDE DROIT.

Par le Dr **Eug. Martel.**

Un sergent-major de ligne se présente chez moi, le 9 septembre 1880, atteint d'un fort enrouement et se plaignant surtout d'une grande difficulté d'avaler, même les liquides, à cause d'une douleur que le passage des aliments déglutis éveille en arrière du cartilage thyroïde. Cet enrouement et cette dysphagie datent de trois jours, et le malade les attribue à l'obligation où il a été de commander à haute voix l'exercice, durant une ou deux heures par jour, à des soldats réservistes.

Rien dans les antécédents du malade, qui ne possède aucune diathèse ni acquise, ni héréditaire : il est fort buveur, mais ne présente aucun symptôme d'alcoolisme chronique. Il habite depuis huit mois un fort dont les casemates sont très humides et dont les abords sont presque chaque soir plongés dans d'épais brouillards. Il n'a cependant jamais eu de bronchite, ni de douleurs rhumatismales.

A l'examen du larynx, je vois une épiglote rouge et un peu tuméfiée, et immédiatement en arrière, l'aryténôïde droit arrondi, tuméfié, de la grosseur d'un grain de raisin moyen : sa muqueuse est tendue, luisante et de couleur grisâtre. (*Fig. 1.*) Les autres parties de l'organe phonateur ont

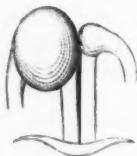


Fig. 1.



Fig. 2.

leur aspect normal. Je pratique de suite sur cet œdème une cautérisation avec une solution d'acide chromique au quart

et j'envoie le malade à l'hôpital avec le diagnostic : œdème de l'aryténoïde droit.

Le 10 septembre, j'examine de nouveau le malade à l'hôpital, grâce à la bienveillance habituelle du médecin traitant, M. le docteur Beurnier. Tous les organes sont sains et fonctionnent normalement. L'urine ne présente pas trace d'albumine. L'enrouement a diminué et la déglutition se fait beaucoup plus facilement.

Le 11, le laryngoscope me permet de constater que l'œdème a diminué considérablement : la tumeur s'est affaissée à la partie postérieure où la muqueuse fait des plis et conserve sa couleur grisâtre d'avant-hier. Sous ces plis, on constate facilement le tremblement de la sérosité. En avant, la tumeur aryténoïdienne est arrondie et a pris une teinte rouge inflammatoire. (*Fig. 2.*) Deuxième cautérisation à l'acide chromique.

Le 12, l'aryténoïde droit est revenu à la grosseur du gauche : il est rouge et a sa forme normale ; toutes les autres parties du larynx ne présentent rien de particulier. L'enrouement et la dysphagie ayant complètement disparu, le malade sort de l'hôpital le 13 septembre. Il n'a rien présenté de particulier depuis cette époque.

J'ai donc eu affaire à un œdème primitif de l'aryténoïde droit, causé par une fatigue vocale exagérée et l'impression du froid humide chez un buveur. J'avais eu, quatre mois auparavant, dans le même fort, un cas beaucoup plus grave d'œdème de la glotte qui était survenu assez brusquement chez un capitaine qui rentrait chez lui, à une heure assez avancée de la nuit, au milieu d'un épais brouillard, et probablement après d'assez fortes libations. Le froid humide et l'absorption d'alcool n'ont été, dans ce dernier cas, qu'une cause occasionnelle, la cause prédisposante étant une ulcération syphilitique, située dans la partie inter-aryténoïdienne de la corde vocale droite. Dans ce dernier cas, où les accidents asphyxiques menaçaient le malade d'une trachéotomie immédiate, j'eus aussi un heureux résultat, au moyen des cautérisations à l'acide chromique.

Ce n'était pas la première fois que je constatais l'utilité

des cautérisations avec cet acide dans l'œdème de la glotte : notre regretté maître Isambert cautérisait ou faisait cautériser ainsi les malades qui, atteints d'œdème du larynx, étaient justiciables d'une trachéotomie à bref délai ; il eut très souvent d'heureux résultats, et il recommande, dans ses *Conférences cliniques*, l'acide chromique pour crisper les œdèmes de la glotte.

Chez le malade dont j'ai relaté l'observation, la guérison était complète en quatre jours. Les résultats sont aussi heureux, bien que moins rapides, chez les tuberculeux et les syphilitiques atteints d'œdème de la glotte.

La rareté du fait, autant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue étiologique, me fait croire que l'observation ci-dessus ne sera pas lue sans intérêt.

CHANCRE DU PILIER ANTÉRIEUR. — SYPHILIS IGNORÉE.

Par le Dr **Barthélemy**, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Chalot, 28 ans, garçon de salle, sans antécédents héréditaires ni personnels, se présente à la consultation de chirurgie, dans les premiers jours du mois d'octobre, et est examiné par mon collègue et ami Martinet, qui pense à un chancre syphilitique de l'amygdale et du pilier antérieur gauches et qui me l'envoie. Le malade ne se plaignait que d'un mal de gorge, modérément intense, mais persistant depuis *une quinzaine de jours*, l'empêchant de manger et d'avaler, et lui causant un notable malaise général. Pas de fièvre. Langue médiocrement sale.

L'examen de la gorge est tout spécial : la rougeur, très vive, très intense, violacée même, du côté gauche, devient très diffuse sur la ligne médiane du voile et n'occupe ni le côté droit ni le pharynx ; l'amygdale droite est absolument normale ; nulle part on ne trouve de produits pultacés ni autres, à peine une légère couche de muco-pus tapisse-t-elle l'amygdale malade ; la luette n'est ni rouge ni gonflée. Donc, *lésion nettement limitée*.

Si l'on vient avec un pinceau à enlever la petite couche de salive et de mucosité purulente qui recouvre les points malades, on est immédiatement frappé de la localisation du mal. L'amygdale gauche n'est que rouge, très tuméfiée, notablement proéminente et étale sous les yeux un certain nombre de cryptes participant à l'inflammation générale, mais ne présentant pas de bosselures plus prononcées, ni de points blancs ou jaunâtres, comme dans les cas d'amygdalite aiguë rhumatismale.

En même temps, on aperçoit sur le pilier intérieur gauche une lésion remarquablement lisse, en forme de croissant, de plaque demi-ovale et courbe, située, sur le bord même du pilier, de façon à se perdre à première vue et à empiéter sur l'amygdale hypertrophiée. Si l'on étudie mieux la lésion, on voit qu'elle occupe exclusivement le pilier antérieur sur l'étendue d'une petite amande environ.

Cette lésion présente tous les caractères d'une *simple érosion* et ne constitue pas une ulcération, ainsi que ne manque pas de le faire observer avec tant de raison M. le Dr Fournier. *Le fond est lisse*, ai-je dit, non déprimé, non tourmenté, et *les bords sont à peine saillants*, au point que c'est surtout en éclairant le malade un peu obliquement que, grâce à une sorte de reflet, on observe le mieux la lésion. La *coloration*, en effet, en est à peine plus marquée que celle des régions avoisinantes, plus rouges d'ailleurs que normalement.

Si l'on vient à toucher du doigt les points malades, on sent immédiatement qu'elles sont le siège d'une *induration manifeste*. L'amygdale est dure, résistante, d'une consistance certainement augmentée; mais c'est surtout la lésion observée sur le pilier qui, bien qu'elle soit peu profonde, présente au doigt une résistance considérable. Elle repose sur une base épaissie, cartilagineuse, fortement parcheminée et toute différente de la dureté due à la tension du voile du palais.

Si l'on recherche l'*engorgement ganglionnaire*, on le trouve facilement; il est très marqué: immédiatement au-dessous de l'angle de la mâchoire, dans l'espace qui sépare le maxillaire du bord antérieur du mastoïdien, on trouve un ganglion très dur, peu douloureux à la pression, du volume

d'une noix. De plus, tout autour et tout le long du mastoïdien, on sent une chaîne ganglionnaire très engorgée rouler sous les doigts en causant quelque douleur; cette pléiade se prolonge jusque dans le triangle sus-claviculaire.

Ce symptôme, non seulement par sa présence, mais par son intensité, acquiert une grande importance, surtout si l'on considère qu'il est causé par une lésion *unique* et relativement ou plutôt apparemment légère.

Nous retrouvions donc ici tous les traits du chancre syphilitique : pas un ne fait défaut des cinq qui constituent ce que M. Fournier appelle « *le catéchisme du syphiliographe* ».

Néanmoins, le malade, niant tout procédé insolite de contamination, ne se doutant pas de la gravité de son mal de gorge, qu'il avait pris pour une simple angine, ne pouvant donner aucun renseignement ni sur le début ni sur la marche de l'accident, est mis pendant quelque temps en observation et soumis à l'*expectation*, jugée ici nécessaire.

Pendant les quelques jours qui suivent, il n'y a aucune modification; l'induration s'accroît peut-être encore, ainsi que l'adénopathie; ce qui tendrait à faire croire que le chancre est bien à la fin du second septenaire.

Le malade souffre davantage du cou; les contractions du mastoïdien sont pénibles, raides, douloureuses même; le malade se présente comme s'il avait un léger torticolis. Un autre phénomène s'est produit, en rapport probable avec l'inflammation et l'hypertrophie de l'amygdale et une oblitération plus ou moins complète de la trompe d'Eustache : c'est la surdité de l'oreille gauche, qui n'entend plus que très imparfaitement.

Le malade se plaint, d'ailleurs, de beaucoup souffrir dans l'intérieur de l'oreille; il cherche parfois à se gratter soit par la gorge, soit par le conduit auditif externe. Les gargarismes émollients et narcotiques adoucissent peu cette douleur, qui s'irradie dans tout le cou et dans tout le côté gauche de la tête. Le malade est d'ailleurs assez pâle et notablement débilité.

La lésion se cicatrise peu à peu, dans l'espace d'une dizaine ou d'une quinzaine de jours, et il ne resta plus que l'adéno-

pathie, la trace demi-lunaire, très nette, de la lésion, une notable induration du pilier à ce niveau et une certaine hypertrophie amygdalienne. La rougeur, la douleur, l'érosion avaient graduellement disparu.

Tous les jours, nous examinions avec soin le malade, recherchant sur le corps, sur le cuir chevelu ou sur ses muqueuses la moindre manifestation secondaire. Celles-ci ne tardèrent pas, en effet, à se montrer, et l'on put voir venir à notre consultation cet homme qui est aujourd'hui en pleine vérole secondaire (roséole, syphilides papulo-érosives des lèvres et de la langue).

Cette observation est intéressante par le siège insolite du chancre syphilitique et par ce qu'elle nous montre comment une *syphilis* peut *passer inaperçue et rester ignorée* du malade et du médecin; cas extrêmement fréquent, ainsi que nous l'a appris l'année dernière M. le Dr Fournier, dans une de ses plus remarquables leçons cliniques.

DE LA CONDUITE DE L'OPÉRATEUR EN FACE DES CORPS ÉTRANGERS ENGAGÉS AU NIVEAU DE LA GLOTTE.

Par le Dr M. Krishaber.

De la question des corps étrangers du larynx, je ne toucherai qu'un point de pratique, un des plus importants, il est vrai, le cas de corps étrangers engagés au niveau de la glotte. Il est peu de situations où la vie du malade soit aussi directement entre les mains de l'opérateur, où le succès dépende aussi complètement du mode opératoire employé, la moindre manœuvre intempestive de la part du chirurgien pouvant aggraver le mal, en faisant choir le corps étranger dans la trachée ou dans les bronches.

La question se pose toujours très simplement : fera-t-on l'extraction par les voies naturelles ou par la voie sanglante ? puis, le choix étant fait, par quel moyen l'exécution sera-t-elle la plus sûre et la moins dangereuse ?

Les faits que je vais avoir l'honneur de vous soumettre,

me paraissent de nature à poser nettement les éléments du problème et à en faire connaître la solution. Deux de ces faits sont, pour ainsi dire, identiques, et comme ma conduite a été différente dans les deux cas, les avantages et les inconvénients des procédés opératoires se présentent face à face et permettent de conclure.

Par une de ces singulières coïncidences dont la clinique hospitalière n'est pas avare, j'ai été appelé, à court intervalle, dans deux hôpitaux de Paris, auprès d'individus qui avaient, l'un et l'autre, laissé tomber, dans les voies respiratoires, une pièce de cinquante centimes ; dans les deux cas, ce corps étranger était placé au niveau de la glotte.

Voici la première observation :

Un ouvrier de 36 ans, se présente à la consultation de l'hôpital de la Pitié, déclarant que, la veille, une pièce de cinquante centimes qu'il avait dans la bouche, s'était, pendant un éclat de rire, engagée dans les voies aériennes. Cet individu me fut adressé par M. le professeur Verneuil, et se présenta chez moi dans l'après-midi. Je constatai, à l'examen laryngoscopique, la présence, dans la cavité du larynx, de la pièce d'argent. Elle était placée en travers, entre les cordes vocales, supérieures et inférieures, couchée à plat, les bords engagés dans les ventricules de Morgagni. Les cordes vocales supérieures recouvraient environ le tiers de la pièce, dont la blancheur éclatante tranchait nettement sur la coloration foncée de la muqueuse, enflammée tout autour. Un certain degré de suffusion œdémateuse avait déjà envahi les aryténoïdes et les replis aryténo-épiglottiques. La glotte n'était pas complètement obstruée ; la moitié environ de la portion inter-aryténoïdienne laissait à l'air un étroit passage, et la respiration, pénible assurément, pouvait encore s'effectuer cependant d'une façon presque suffisante. Les cordes vocales inférieures, couvertes par la pièce, étaient invisibles.

Je ne crus pas devoir tenter immédiatement l'extraction, et je renvoyai le malade à la Pitié, où M. Verneuil le reçut dans son service.

Le lendemain, l'examen laryngoscopique fut renouvelé à

l'hôpital, et M. Verneuil put, ainsi que ses nombreux élèves, faire la constatation que j'avais faite la veille. L'extraction du corps étranger me fut confiée.

J'employai d'abord un mode opératoire qui, dans un cas analogue, chez un enfant, m'avait pleinement réussi : le malade fut couché à plat ventre, en travers du lit, la tête fortement penchée en dehors et en bas. Je m'accroupis à terre, et introduisant l'index de la main gauche jusqu'au niveau de l'épiglotte, je glissai le long de mon doigt une pince laryngée. Je sentis distinctement la pièce, et par deux fois je pus la saisir, mais les mors de la pince glissèrent, et je ne ramenai pas le corps étranger.

Sur un enfant, ce procédé est d'une exécution facile (j'en donnerai un exemple dans un instant), parce que le doigt indicateur est assez long pour pénétrer jusque dans la cavité du larynx; mais dans le cas présent, je ne pouvais, à cause de la dimension des organes, franchir avec le doigt le bord de l'épiglotte, et ma pince, perdant son conducteur au moment où il lui était le plus nécessaire, fouillait aveuglément dans la cavité du larynx. Je dus renoncer à ce procédé. Cependant, grâce à la connaissance exacte que j'avais de la situation de la pièce, je pus, en modifiant mes manœuvres, faire de nouveaux essais. J'ai dit qu'une partie de l'espace inter-aryténoïdien était resté perméable; et comme, d'autre part, la pièce m'avait paru solidement engagée dans les orifices des ventricules latéraux, je pensai pouvoir tenter l'introduction d'une pince, le malade étant dans la situation verticale, sans m'exposer à précipiter dans la trachée le corps étranger.

Assis en face du malade et muni du miroir laryngé, dont l'image guidait mes mouvements, je parvins à glisser ma pince par l'étroite ouverture que j'ai signalée, jusque dans la portion sous-glottique du larynx. J'ouvris alors la pince, pour lui donner plus de volume par l'écartement des mors, et j'exerçai, de bas en haut, une forte traction : les rugosités des mors de la pince venant heurter contre la face inférieure de la pièce, je pus, sans la saisir, la déplacer de bas en haut et lui faire abandonner sa place. L'enclavement

était tel que je dus déployer de la force pour ramener ma pince.

Le malade, qui sentait le corps étranger se déplacer, fit un mouvement de rejet, mais la quantité de mucosités et de sang qui s'était accumulée dans l'arrière-gorge provoqua un mouvement involontaire de déglutition, et la pièce fut avalée. Aussitôt après, nous pûmes constater, au laryngoscope, qu'elle avait disparu; le larynx était vide, les cordes vocales et la trachée se voyaient nettement. Tous les troubles cessèrent à l'instant, le malade put manger; puis il se mit au lit et s'endormit. La rougeur de la muqueuse persista quelques jours, et disparut complètement; en quittant l'hôpital, cet homme put reprendre son travail.

Dans le second cas, il s'agit d'un journalier de 35 ans qui, ayant mis dans sa bouche une pièce de cinquante centimes qu'il venait de recevoir comme pourboire, fit un mouvement intempestif d'aspiration, et sentit aussitôt la pièce s'engager dans les voies respiratoires.

Il se présenta à l'hôpital Lariboisière et fut admis par M. Humbert, remplaçant de M. Labbé. De là, le malade fut envoyé dans le service de M. Proust, chargé du dispensaire laryngoscopique de Lariboisière. C'est là que je vis le malade. Il avait été examiné déjà par le chef de service et par les élèves; nous pûmes tous constater la présence, au niveau de la glotte, de la pièce d'argent. Elle était placée identiquement comme sur le sujet de ma première observation, c'est-à-dire enclavée entre les cordes vocales supérieures et inférieures, couchée à plat, engagée de chaque côté, par son bord, dans le ventricule de Morgagni. Comme on dispose à Lariboisière de l'éclairage à la lumière oxyhydrique de Drummond, l'examen fit voir la pièce avec un éclat tel, qu'on put distinguer nettement son effigie. La glotte n'était pas complètement obturée; un étroit espace de la portion inter-aryténoïdienne permettait encore le passage de l'air. On entendait la respiration à distance, mais le bruit qu'elle causait ne pouvait cependant pas être considéré comme un véritable cornage; quoique difficile, la déglutition permettait encore au malade de se nourrir. Les replis thyro-aryténoïdiens étaient légèrement boursoufflés.

M. Proust m'ayant confié le malade, je me proposai, cette fois, d'enlever le corps étranger par les voies sanglantes. Quoique j'eusse, chez mon premier sujet, pu saisir avec la pince la pièce de monnaie et la dégager de la glotte, je n'avais pu la ramener au dehors et le résultat ne m'encourageait pas à suivre la même marche. Sans doute, une pièce de cinquante centimes peut impunément tomber dans l'estomac d'un adulte ; mais, la première fois, le hasard m'avait secondé et je ne pouvais me proposer d'avance pour but de faire passer le corps étranger des voies respiratoires dans les voies digestives. Je préfèrai procéder par la voie artificielle ; je me proposai d'ouvrir la trachée, et par la plaie, de repousser la pièce de bas en haut.

Désireux de faire le tamponnement préalable de la trachée au moyen de la canule de Treudenburg, je différai l'opération de quelques jours, n'ayant pas cet instrument à ma disposition ; mais la situation du malade s'aggravait et se compliquait d'un œdème constamment croissant du larynx, je ne pus pas attendre plus longtemps et me décidai à faire la trachéotomie. Bien que je me fusse, pour l'opération, servi du thermo-cautère, il y eut une hémorragie assez abondante, et je préfèrai, dans ces circonstances, remettre à quelques jours le second temps de l'opération, l'extraction du corps étranger.

Au bout de quelques jours, la plaie avait l'aspect grisâtre des surfaces suppurantes, l'écoulement du sang dans la trachée n'était plus à craindre, la respiration était assurée, le second temps de l'opération fut décidé.

Voici comment j'opérai : le malade fut couché sur le dos et chloroformé ; lorsqu'il fut endormi, je fis renverser fortement la tête en arrière, suivant le procédé de Rose pour les opérations intra-buccales. Je retirai la canule trachéale et j'introduisis à sa place une grosse sonde de Béniqué, que je poussai de bas en haut. Au niveau de la glotte, je sentis distinctement la résistance de la pièce de monnaie, qui fut déplacée ; l'extrémité de la sonde arrivait dans la bouche et se montrait entre les lèvres. J'étais donc bien sûr d'avoir repoussé la pièce, mais je ne pus l'apercevoir dans la

bouche. Le malade étant sans connaissance, je dus attendre son réveil pour l'examiner au laryngoscope, et je constatai alors que la pièce de monnaie avait été déplacée, en effet; mais qu'elle n'était repoussée qu'au niveau de la base de l'épiglotte contre laquelle elle était adossée, laissant libre l'espace glottique.

Je fis reprendre au malade la position horizontale, cette fois je le laissai éveillé, pour pouvoir être renseigné par lui-même. La même sonde fut de nouveau introduite par la plaie trachéale de bas en haut et poussée jusque dans la bouche.

Le malade, questionné par moi, fit un signe de tête pour indiquer qu'il sentait dans la bouche le corps étranger, on l'assit vivement, il cracha, la pièce de monnaie se trouva au milieu d'une gorgée de sang et de salive.

La canule ne fut pas remplacée, l'œdème laryngé disparut peu à peu, la plaie trachéale se cicatrisa en quelques jours et le malade quitta l'hôpital en parfaite santé.

Je l'ai revu depuis, il est absolument bien portant.

Voici la *troisième observation*: c'est celle d'un paysan amené comme le précédent malade à la clinique laryngoscopique de Lariboisière. Il avait eu l'occasion de consulter à X***, au moment de l'accident, M. le Dr Marchand qui s'y trouvait alors et qui lui avait donné le conseil de venir se faire opérer à Paris.

M. Proust constata, à son dispensaire, la présence au niveau de la glotte d'un volumineux éclat d'os. Mon honorable confrère amena le malade chez moi et là nous l'examinâmes ensemble; un morceau d'os plat fortement fiché dans la muqueuse laryngée avait à peu près la même position que les pièces de monnaie dans les observations précédentes.

Le cas était moins grave, l'extraction par les voies naturelles ne me paraissant présenter aucun danger. L'éclat d'os était en effet si fortement fixé dans les tissus qu'on ne courait aucun risque de le déplacer par un simple attouchement, ni, par conséquent, de le faire choir dans les voies respiratoires.

Il fallut employer de la force pour le saisir entre les mors

d'une pince et en faire l'extraction par arrachement ; c'est ce que je fis dès la première séance, en présence de M. Proust, avec un plein succès. Après l'extraction, l'éclat d'os s'est brisé en trois morceaux d'inégale grosseur, le plus gros est plat, de forme irrégulière, déchiqueté sur les bords, long de 12 millimètres et large de 8 millimètres, les deux autres débris ont ensemble à peu près la moitié du volume du premier et lui ressemblent par la forme.

Le malade rentra chez lui et n'éprouva plus aucun accident.

Enfin la *quatrième observation*, déjà publiée dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (mai 1878, p. 78) est celle d'une fillette de 9 ans auprès de laquelle je fus appelé par M. le Dr Dupuy. En jouant, cette enfant avait, dans un éclat de rire, aspiré une petite plaquette de cuivre qu'elle tenait à la bouche. Immédiatement elle fut prise de toux et d'une douleur assez vive qu'elle reportait à la région laryngienne. La présence du corps étranger dans les voies respiratoires était indubitable. M. Dupuy avait fait administrer un vomitif qui était resté sans effet. Je vis l'enfant six heures après ; sa respiration n'était pas bruyante, mais rapide et gênée, la voix était éteinte, une petite toux incessante révélait l'existence d'une irritation locale ; mais il n'y avait pas de spasme proprement dit.

J'examinai l'enfant au laryngoscope et je constatai immédiatement, dans la cavité du larynx au niveau des cordes vocales, l'existence d'un corps métallique brillant. C'était une plaquette dont la pareille m'était présentée par les parents, un de ces petits ornements de cuivre dont sont munies certaines étoffes algériennes.

La plaquette avait la forme et les dimensions d'une pièce d'argent de vingt centimes.

Je fis coucher l'enfant à plat ventre, en travers sur un lit, de façon que la tête dépassât le bord du lit, la face tournée vers le sol ; je m'agenouillai devant l'enfant, et de l'index de la main gauche, je pénétrai jusqu'au vestibule du larynx en renversant l'épiglotte en avant contre la base de la langue. Je frayai ainsi un passage libre à une pince laryngée très mince que j'introduisis de la main droite et je pus saisir la pièce de cuivre et l'extraire.

Dans ce procédé opératoire, j'attache de l'importance à deux éléments de succès, la position de la tête et l'introduction du doigt dans le larynx. La position de la tête doit être telle que le corps étranger étant déplacé, ait une tendance naturelle à tomber à terre, ce qui n'aurait pas lieu si le patient était opéré debout ou assis. On peut même ajouter qu'avec certains corps étrangers, il y a un inconvénient grave à opérer le patient étant assis, comme pendant l'examen laryngoscopique, car il suffirait qu'une petite pièce comme celle dont il est question ici, se plaçât verticalement après avoir été saisie pour tomber entre les lèvres de la glotte. C'est dans cette crainte que je me suis bien gardé de tenter l'extraction en m'éclairant du miroir laryngé. L'introduction du doigt jusque dans le vestibule du larynx n'est pas moins utile ; elle permet de conduire la pince avec une sécurité pour ainsi dire infaillible.

L'enfant dont il est question ici a récupéré instantanément tout l'éclat de sa voix, toute la liberté de sa respiration ; quelques instants après elle se mit à jouer et paraissait très pressée d'oublier son accident.

Dans les quatre observations que je viens d'exposer, trois fois les corps étrangers furent ramenés par les voies naturelles et une fois par une voie artificielle.

Je n'hésite pas à déclarer que c'est ce dernier procédé que je préfère pour l'extraction des corps étrangers qui, par leurs caractères physiques, peuvent comme les pièces de monnaie s'échapper facilement du côté de la trachée.

L'observation II prouve combien par cette voie l'extraction est facile et sûre ; l'observation I montre au contraire que si l'extraction peut être effectuée sur l'adulte par les voies naturelles, elle est pleine de périls et d'incertitudes ; il n'y a de raison de la tenter que chez les enfants parce que le doigt indicateur peut servir de conducteur à la pince jusqu'au corps étranger ; l'observation IV nous en a donné l'exemple.

Quant aux corps étrangers qui sont retenus au-dessus de la glotte par leur volume ou par leur adhérence aux tissus, il y a tout avantage à les extraire par les voies naturelles (observation III).

Lorsque, se basant sur la nature du corps étranger et sur sa situation, le chirurgien s'est décidé à pratiquer l'extraction par la voie sanglante, il lui reste encore à choisir entre deux procédés : extraire par la plaie ou par la voie naturelle.

La seconde manière de faire me paraît infiniment plus sûre. L'extraction par la plaie exigerait une incision à proximité immédiate du corps étranger et un écartement de la plaie suffisant pour lui livrer passage ; or, cette manœuvre qu'il faudrait faire avant que le corps étranger fût saisi, serait tout à fait propre à lui faire perdre sa position et à le précipiter dans la trachée. Il m'eût été loisible d'ouvrir l'espace crico-thyroïdien et de pénétrer avec une pince dans le larynx ; mais il ne fallait qu'une petite impulsion, qu'une secousse imprimée par ma main ou par un accès de toux, pour que la pièce de métal qui, fort heureusement, était arrêtée au niveau du rétrécissement glottique, tombât dans la portion sous-jacente du larynx.

N'eût-il pas été bien imprudent de provoquer par des atouchements directs de la muqueuse, ces accès de toux qui auraient tout au moins contrarié grandement mes tentatives d'extraction.

L'opération que M. Verneuil a si judicieusement appelée la taille laryngée, la section médiane du thyroïde n'aurait pas moins de danger, au contraire. Il faudrait que la section fût faite exactement entre les deux cordes vocales ; en outre, je sais par expérience, pour avoir fait cette opération dans un cas de polype du ventricule, combien il est difficile d'écarter les deux valves du cartilage. Au surplus, cet écartement aurait précisément pour effet de dilater le point de l'organe dont l'étroitesse est la seule sauvegarde contre la chute du corps étranger dans la trachée et les bronches.

Mieux vaudrait ouvrir l'espace crico-thyroïdien, y placer une forte canule qui fermerait l'espace sous-glottique et empêcherait en cas de déplacement la chute du corps étranger jusque dans la trachée ; on tenterait alors l'extraction par la bouche, le malade étant assis et éclairé.

Malgré les avantages de ce dernier procédé, je préfère celui que j'ai employé, comme étant plus sûr et plus expé-

ditif. Il a en outre l'avantage de ne pas nécessiter de la part de l'opérateur l'habitude, encore peu répandue, de manœuvres avec l'aide du laryngoscope.

CONCLUSIONS.

Parmi les corps étrangers arrêtés au niveau de la glotte, il faut distinguer entre ceux qui sont fichés dans la muqueuse — éclats d'os, arêtes, épingles, etc... — et ceux qui n'adhèrent pas à la surface de la membrane — pièce de monnaie, médailles, noyaux, etc...

Pour les premiers, l'extraction doit être faite par les voies naturelles, sans opération sanglante préalable.

Pour ceux de la seconde catégorie, c'est aussi par les voies naturelles qu'il faut tenter l'extraction, mais seulement après avoir ouvert et au besoin même tamponné la trachée de façon à assurer la respiration et surtout à prévenir la chute du corps étranger dans les voies respiratoires sous-laryngées.

DE LA LARYNGITE STRIDULEUSE, OU FAUX CROUP, CONSIDÉRÉE COMME UN DES SYMPTÔMES DE L'ENGORGEMENT AIGU DES GANGLIONS LYMPHATIQUES TRACHÉO-BRONCHIQUES.

Par le Dr **A. Baréty** (de Nice).

(Suite.)

FAMILLE G.

Vient ensuite la famille G...

Cette famille se compose de 5 enfants, 2 filles et 3 garçons.

Les deux filles aînées sont nées d'un premier lit. La mère est morte de la phthisie pulmonaire à la suite d'une grossesse.

Le père est lymphatique.

OBSERVATION VII. — N° 1 (jeune fille), née le 18 septembre 1865.

Douée d'un tempérament lymphatique : joues épaisses, tissus mous et derme transparent.

Atteinte de *faux croup* à l'âge de 3 ans, dans la nuit. Les nuits suivantes, elle eût de nouvelles atteintes, mais légères et suivies d'un léger rhume. En 1878, ayant été appelé pour la soigner d'une amygdalite, je constatai un engorgement ganglionnaire médiastinal à droite, perceptible en avant et en arrière.

OBSERVATION VIII. — N° 2 (jeune fille), la cadette, née en mars 1867.

A eu une attaque de *faux croup* très violent à l'âge de 6 mois. Elle a le même tempérament que l'aînée à laquelle elle ressemble, d'ailleurs, beaucoup.

Des trois autres enfants nés d'un second lit, les deux premiers ont eu une attaque de faux croup.

OBSERVATION IX. — N° 3 (garçon), né le 18 décembre 1872.

A eu une attaque de *faux croup* violent à l'âge de 3 ans, à minuit. Cette attaque s'est répétée la nuit suivante, mais moins intense. Il y eu un léger rhume à la suite, depuis, chaque bronchite commence par une toux rauque sans accès vrai.

En 1878, je constatai de l'adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION X. — N° 4 (garçon), né le 7 septembre 1874.

Attaque de *faux croup* légère à l'âge de 3 ans.

FAMILLE C.

En troisième lieu vient la famille C.

Le père est Français et la mère Russe et, comme la plupart des Russes, très lymphatique.

Les enfants, au nombre de 3, sont nés en Russie.

OBSERVATION XI. — N° 1 (fille), née le 15 juillet 1872.

Elle a été atteinte de *faux croup* plusieurs fois d'après les renseignements de la mère.

La première fois, elle n'avait que quelques mois, et la deuxième fois il y a quatre ans environ.

Elle a eu la coqueluche, dans l'été de 1878, en même temps que les deux autres enfants. La durée a été de trois mois et n'a pas laissé de toux à la suite.

OBSERVATION XII. — N° 2 (fille), née le 20 octobre 1873.

A l'âge de 9 mois, et à l'âge de 2 ans, elle a eu le *faux croup*.

En janvier 1879, elle fut prise d'un engorgement aigu des ganglions trachéo-bronchiques droits avec congestion du sommet du poumon correspondant. La résolution eut lieu au bout de quelque temps, en trois ou quatre jours environ.

OBSERVATION XIII. — N° 3 (garçon), né en mai 1877.

S'est enrhumé en janvier 1879 avec toux coqueluchoïde.

En même temps, engorgement des ganglions du cou, à droite et du médiastin du même côté, avec râles sibilants dans le poumon correspondant.

Je n'ai plus eu l'occasion de revoir le garçon, et il n'avait pas été atteint auparavant de faux croup. Je cite ce cas parce qu'il prouve que la disposition aux engorgements ganglionnaires était propre à la famille.

En réalité, je n'ai jamais constaté dans cette famille d'adénopathie existant avec l'attaque de faux croup, parce que cette attaque avait eu lieu à une époque antérieure à mes relations professionnelles avec la famille, mais il est tout au moins remarquable d'avoir eu à noter de l'adénopathie trachéo-bronchique chez chacun des enfants.

FAMILLE B.

Nous avons à citer en quatrième lieu la famille B...

Le père et la mère sont Français, le père a une constitution plutôt faible. Il a perdu son frère et sa sœur encore jeunes. La sœur est morte asphyxiée par un développement rapide de ganglions trachéo-bronchiques accompagné d'une lésion du sommet du poumon droit, et de paralysie de la corde vocale correspondante, constatée au laryngoscope. Le frère est

mort de phtisie pulmonaire, dans un état de cachexie extrême. Le grand-père est arthritique et la grand-mère lymphatique.

La famille B... se compose de 3 petits garçons.

OBSERVATION XIII.

L'ainé, âgé de 4 ans aujourd'hui, a été atteint d'un premier accès de *faux croup* au commencement de l'hiver 1878-79; puis d'un second dans la nuit du 17 au 18 mars 1879, et pour lequel je fus mandé vers minuit.

Quand j'arrivai, l'accès était fini et l'enfant dormait tranquillement. La respiration était bonne et le pouls un peu ralenti.

J'appris que, dans la journée, il avait été gai, mais qu'il avait toussé deux fois. Quant à l'accès, qui avait été subit et intense au point d'effrayer les parents, il avait été accompagné de sifflement inspiratoire laborieux et de toux rauque.

Le matin, en explorant la poitrine, je constatai de la submatité en dedans de la fosse sus-épineuse droite.

Le lendemain, même modification ou bruit à la percussion.

Il n'y eut pas d'accès dans la nuit du 18 au 19, mais seulement de temps en temps une toux un peu rauque.

Nous avons à citer, en cinquième lieu, la famille A.

Le père est Italien et la mère Russe

OBSERVATION XIV.

Dans cette famille se trouve un seul garçon, âgé aujourd'hui de 11 ans. A l'âge de 1 an, il eut à subir une attaque de *faux croup*. En 1879, appelé auprès de lui pour une toux opiniâtre et non quinteuse, je constatai de l'adénopathie trachéo-bronchique à gauche. Le lait phosphaté put seul faire disparaître cette toux.

Je faisais déjà alors mes recherches sur la vraie nature et la cause du *faux croup*, et c'est après avoir constaté des traces manifestes d'adénopathie bronchique que j'eus l'idée de questionner les parents sur les antécédents maladifs de l'en-

fant. J'appris ainsi qu'il avait été atteint de laryngite striduleuse à l'âge de 1 an. Terminons par les familles J et D.

FAMILLE J.

Le père est Belge et assez bien portant, la mère est Américaine et atteinte d'une induration tuberculeuse aux deux sommets et d'une affection cardiaque chronique.

OBSERVATION XV.

Il n'existe qu'un garçon, né en 1871. Je fus appelé à lui donner des soins au commencement de l'hiver 1878-79, pour une bronchite qui datait de 1 mois. C'était un enfant plutôt chétif. Il avait des ganglions engorgés au cou, de chaque côté, et l'exploration de la poitrine me fit découvrir les traces manifestes d'un engorgement des ganglions trachéo-bronchiques du côté droit (matité, souffle respiratoire à la racine de la bronche droite).

En étudiant les antécédents, j'appris qu'à l'âge de 2 ans environ, il fut pris d'un accès de *faux croup* vers le milieu de la nuit, et qu'un médecin, appelé en toute hâte, avait déclaré que ce n'était rien et n'avait ordonné qu'un vomitif.

J'appris aussi qu'avant et après cette principale attaque, qui avait effrayé les parents, l'enfant s'éveillait parfois au milieu de la nuit en étouffant, avec du sifflement inspiratoire et de la toux rauque. Ce n'étaient que des petits accès.

FAMILLE D.

Le père et la mère sont Français. La mère, atteinte d'induration tuberculeuse du sommet du poumon gauche.

OBSERVATION XVI.

Il existe deux enfants dans cette famille. Le premier, né le 23 mai 1872, vint à Nice avec sa mère, en octobre 1878.

Le 9 janvier 1879, je fus appelé auprès de lui pour une toux légère qui existait depuis quelques jours et qui pourtant inquiétait fort sa mère.

En l'examinant, je fus tout d'abord surpris de trouver de la matité dans la région ganglionnaire du médiastin, à l'origine des bronches, surtout du côté droit, avec affaiblissement relatif du murmure respiratoire dans tout le côté droit.

Je questionnai alors la mère sur les antécédents de l'enfant, et j'appris qu'à l'âge de 2 ans, après un refroidissement, il se mit à tousser rauque. Cette bronchite ne fit qu'augmenter pendant 5 jours, puis cette affection qui paraissait tout d'abord simple, prit tout à coup un caractère effrayant.

La respiration devint sifflante et extrêmement gênée et la toux tout à fait rauque, aboyante. Le pouls était à 140. Pendant l'inspiration, la fourchette sternale se déprimait visiblement, il y avait menace d'asphyxie.

Cet état alarmant céda peu à peu, dans l'espace de 5 jours, grâce à un traitement énergique. La gorge avait été examinée à plusieurs reprises et n'avait présenté qu'un peu de rougeur diffuse. L'expectoration était rare et ne consistait qu'en mucosités filantes.

En réalité, il s'agit ici d'une crise de suffocation dans le cours d'un engorgement ganglionnaire trachéo-bronchique. C'était une des formes les plus graves, car l'enfant fut jugé perdu.

J'ai appris que son plus jeune frère, né le 11 mai 1876, avait eu un petit accès de toux rauque, dans la nuit, à l'âge de 2 ans (1).

(1) J'ai aussi des notes sur d'autres familles, les familles H, R 2, E, etc.

La famille H est composée de 2 petites filles orphelines. La mère est morte poitrinaire.

OBSERVATION XVII.

L'aînée des petites filles fut prise de *faux croup* vers l'âge de 8 ans, mais l'accès fut court et bénin. Il y avait aussi des traces d'un engorgement trachéo-bronchique à droite.

Dans la famille R 2 se trouve un seul garçon. Le père est Français, assez bien portant; la mère est Autrichienne, et porte une induration tuberculeuse légère au sommet droit.

OBSERVATION XVIII.

L'enfant est né le 28 décembre 1872. Dans la nuit du 1^{er} au 2 juin 1879,

Les exemples que nous venons de citer nous permettent de faire quelques remarques intéressantes, à ajouter à celles précédemment exposées. Ainsi, on peut rencontrer tous les degrés dans cette maladie. Elle peut être grave au point de causer la mort, comme je l'ai vu une fois chez un enfant de 3 ans. Ce fut précisément un cas dans lequel un examen superficiel aurait pu faire croire à un croup vrai. Ce cas n'a pas figuré plus haut, parce que les renseignements que j'ai pu avoir sur la famille étaient insuffisants.

La maladie peut être grave sans entraîner pourtant la mort, surtout dans un bref délai : c'est lorsque l'accès, par exemple, coexiste avec un engorgement aigu ou suraigu enté sur un engorgement chronique, et que cet engorgement persiste plus ou moins longtemps, et compromet la santé en exposant à des récidives. C'est encore lorsque l'engorgement ganglionnaire, par suite de circonstances particulières, au lieu de subir un retrait rapide, comme cela a lieu dans les cas ordinaires, augmente et devient une véritable hypertrophie et ne cède que difficilement, et après plusieurs jours d'un traitement énergique.

Enfin la maladie peut être tout à fait bénigne, comme ces petites adénites cervicales qu'un jour ou deux passés à la

il fut pris subitement d'une grande gêne de la respiration, avec toux rauque aboyante, voix voilée, face rouge congestionnée. L'accès dura 20 minutes.

La veille, il s'était refroidi, et dans la soirée il s'était plaint d'une sensation douloureuse à la gorge. Je trouvai les signes évidents d'un engorgement de ganglions trachéo-bronchiques droits.

Dans la famille E, le père est herpétique, la mère lymphatique; il existe deux jeunes filles : l'une, l'aînée, est le portrait de la mère; l'autre, le portrait du père.

OBSERVATION XIX.

L'aînée eut le *faux croup* à l'âge de 1 an, d'après les renseignements des parents, et plus tard, lorsqu'elle avait 11 ans, j'eus à la soigner, et depuis maintes fois, pour un engorgement manifeste des ganglions trachéo-bronchiques, les droits spécialement avec congestion du sommet du poumon correspondant. Les ganglions du cou et le corps thyroïde étaient hypertrophiés. Déjà, à l'âge de 9 ans, elle avait été atteinte d'une adénite trachéo-bronchique avec fièvre intense.

chambre font disparaître. Ces cas, effrayants par la soudaineté et la gravité apparente de l'accès, se rapportent plus spécialement aux faits habituels de laryngite striduleuse ou de faux croup décrits par les auteurs. Ils peuvent même avoir un caractère de bénignité plus grande et ne consister que dans de petits accès de toux rauque, sans gêne manifeste de la respiration, et passant souvent inaperçus. Parfois c'est un petit accès de toux coqueluchoïde pouvant se répéter deux ou trois nuits de suite.

Les détails consignés dans nos observations nous dispensent de refaire ici le tableau de l'accès de laryngite striduleuse, décrit avec une certaine complaisance dans tous nos Traités classiques.

Mais nous voudrions pouvoir transcrire la description si complète, au point de vue symptomatique, qu'en donnent Rilliet et Barthéz, et il serait facile de se convaincre aussitôt que les accès de faux croup survenus chez nos jeunes enfants sont les mêmes que ceux décrits par ces auteurs : qu'ils sont survenus dans les mêmes conditions d'âge, de symptômes précurseurs et de troubles consécutifs. Pour nous, il ne manque vraiment au tableau clinique si remarquable de ces savants cliniciens que les détails se rapportant à l'existence d'un engorgement ganglionnaire bronchique.

Si la description de l'accès est faite de main de maître, si toutes les circonstances cliniques sont fidèlement rapportées, l'article qui traite de la nature de la maladie ne donne aucune satisfaction. Après avoir rappelé que, d'après Guersant, la laryngite striduleuse consiste dans une inflammation de la membrane muqueuse laryngée, et, d'après Bretonneau, dans une phlogose catarrhale avec œdème laryngé, les auteurs non satisfaits de ces notions d'anatomie pathologique prétendent qu'elle est une affection complexe dans laquelle une congestion ou une phlegmasie laryngée, unie à une contraction spasmodique des muscles du larynx, se développe sous l'influence du catarrhe.

Mais il serait vraiment difficile d'expliquer, par ces modifications pathologiques, bien légères après tout, les cas de mort qui ont été constatés.

Cette disproportion entre le degré de la lésion et la gravité du mal n'a pas échappé aux auteurs. Ils disent, en effet : « Ce qui prouve combien l'élément inflammatoire influe peu sur la terminaison fatale, c'est que ces légères traces phlegmasiques peuvent elles-mêmes manquer, comme le prouve l'observation suivante qui appartient à Guersant.

Vient ensuite la relation de cette observation. Or, ce qui est particulièrement remarquable dans cette observation a échappé aussi bien à Rilliet et Barthez qu'à Guersant.

C'est un détail de l'autopsie qui nous donne raison en confirmant et complétant nos propres recherches. On a trouvé des tubercules dans les ganglions bronchiques. « A la nécropsie, dit Guersant, faite avec tout le soin possible, nous trouvâmes le larynx et les bronches dans l'état normal ; très peu de mucus bronchique ; les deux poumons parfaitement crépitants ; quelques granulations tuberculeuses dans les poumons et des *tubercules dans les ganglions bronchiques*, les autres organes parfaitement sains. »

Ainsi les seuls organes malades étaient les poumons et les ganglions. Cette autopsie ne saurait être plus significative.

La science a encore enregistré d'autres cas dans lesquels on avait cru, à tort selon les idées du temps, à un succès de laryngite striduleuse ou de croup dit intermittent, car il s'agissait de cas d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le docteur Albers, de Bonn, cité par Jolivet (1), et qui avait pris note de l'état des nerfs vagues pendant neuf ans dans toutes les autopsies qu'il avait faites, cite, entre autres, *une observation de croup intermittent* dans laquelle l'autopsie signale un développement tuberculeux des ganglions cervicaux et bronchiques, et une union intime du nerf vague du côté droit avec ces ganglions chez une enfant de deux ans.

Le docteur Cadet-Gassicourt, dans le tome 1^{er}, p. 444, de son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, paru en 1880,

(1) JOLIVET. *Essai sur les accidents déterminés par l'altération des nerfs récurrents*. (Thèse de Paris, 1868, page 41, n° 152.)

ALBERS, de Bonn. *Recherches anatomo-pathologiques sur le nerf pneumogastrique*. (Archives gén. de méd., t. V, 2^e série, 1834.)

relate le fait suivant, que je crois devoir transcrire entièrement :

« Il y a quelques années, dit-il, j'avais été consulté pour un enfant, de deux à trois ans, atteint de tuberculose avancée des ganglions péribronchiques : il y avait probablement aussi quelques lésions pulmonaires, mais elles ne donnaient aucun signe, elles n'existaient pas cliniquement. J'avais constaté, par la percussion et l'auscultation, l'existence de l'adénopathie, qui se révélait aussi par les symptômes ordinaires de la compression sur les nerfs, les vaisseaux et les bronches et particulièrement par des accès de suffocation véritablement effrayants. Eh bien ! ajoute l'auteur, à deux reprises, des médecins consultés avant moi avaient cru à des accès de laryngite striduleuse et porté un pronostic optimiste, tandis que le pauvre enfant, mortellement atteint, succombait quelques semaines plus tard. Un autre, appelé au moment de la suffocation, croyait à un croup et proposait la trachéotomie. »

Nous avons à faire appel maintenant à un témoignage bien digne de remarque. Nous lisons, en effet, à la page 20 de la *Thèse* déjà citée du docteur Jolivet. « *M. Ley (An essay on the laryngismus stridulus, or crouplike inspiration of infants : London, 1836)*, et *Kyll (Archives gén. de méd., t. III, 1837)*, chez des enfants atteints de suffocation, de spasme de glotte, ont reconnu que l'une des causes les plus fréquentes de ces accidents est la pression déterminée par les ganglions cervicaux et bronchiques hypertrophiés tuberculeux, non pas sur la trachée, mais sur les nerfs vagues, et particulièrement les nerfs récurrents. »

Le docteur Hourmann, dans sa thèse intitulée : « Sur quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques, passée en 1852, n'est pas moins explicite. Je me bornerai à quelques citations de ce travail remarquable.

Page 5, il dit : « Il s'agit, dans ce travail, d'une affection qui sévit sur des enfants chez lesquels on observe une inspiration anxieuse avec une expiration facile, et s'il arrive que le mal s'aggrave et que le médecin, témoin de cette angoisse inexprimable que cause tout obstacle à l'en-

trée de l'air dans le poumon, ait recours à l'incision des voies aériennes, il constate, avec surprise, qu'elles n'offrent aucune lésion qui puisse rendre compte des accidents terribles dont il a été témoin..... Et lorsque, enfin, on a cherché ailleurs que dans le larynx la cause du trouble fonctionnel survenu dans cet organe, on a trouvé les nerfs récurrents accolés à des ganglions bronchiques engorgés ; ceux-ci avaient pressé, distendu, et plus ou moins décomposé les filets nerveux auxquels ils adhèrent. »

Page 25, Hourmann fait la description de la maladie qui est tout à fait celle des accès de laryngite striduleuse.

Puis à la page 27, après avoir établi le diagnostic entre la maladie qu'il décrit et le croup, l'auteur ajoute :

« Il sera beaucoup moins facile de signaler des caractères distinctifs entre la laryngite striduleuse, le faux croup et l'ensemble des symptômes qui résultent de la compression des nerfs laryngés par les ganglions bronchiques. Si on compare dit-il encore, le tableau de la laryngite striduleuse, tracé par Guersant, aux descriptions du prétendu spasme de la glotte tracé par M. Ley, par Kyll et autres, on croira qu'il s'agit d'une seule et même maladie. Ne serai-je point taxé de présomption, ajoute l'auteur, si j'ose exprimer ici quelques doutes sur la valeur de ce qui est enseigné sur la *laryngite striduleuse*, le faux croup, etc. Je soupçonne, continue-t-il, que ces affections pourraient bien n'être qu'une forme légère de la maladie qui fait l'objet de ce travail. J'entends par *forme légère*, celle où le gonflement ganglionnaire s'est opéré d'une manière aiguë, avec hyperhémie et chance de résolution. »

Pour ma part, je ne puis que confirmer les soupçons de Hourmann sur la vraie nature de la laryngite striduleuse. H. Ley, Kyll et Hourmann ont jeté les bases de l'interprétation la plus rationnelle de la nature vraie du *faux croup*.

Je crois avoir porté ma pierre à l'édifice, et je désire avoir pu convaincre mes confrères comme je le suis moi-même : C'est que la laryngite striduleuse ou faux croup n'est autre chose qu'un trouble respiratoire étroitement lié à une modification pathologique des nerfs récurrents par suite de l'en-

gorgement aigu ou subaigu des ganglions trachéo-bronchiques.

Que ce trouble respiratoire dépende d'un spasme ou d'une paralysie des cordes vocales, je ne saurais me prononcer.

H. Lee et Hourmann se prononcent pour la paralysie. Jolivet et M. Krishaber, je crois, pour le spasme, M. Jaccoud et Axenfeld sont dans le doute.

Or, si dans le faux croup il y a réellement spasme de la glotte, on s'explique que les Anglais spécialement, et quelques auteurs français confondent la laryngite striduleuse avec le spasme de la glotte.

Mais qu'il y ait spasme ou paralysie, nous croyons que ce sont les nerfs récurrents qui en sont cause.

Les nerfs laryngés inférieurs ou récurrents conduisent au larynx deux sortes de filets moteurs, les uns provenant du pneumogastrique, président aux mouvements respiratoires du larynx; les autres, provenant du spinal, sont destinés à la phonation.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont disposés de telle sorte qu'une partie est accolée aux nerfs récurrents et les suit même en formant un sorte de chapelet. Or, lorsque par suite de leur engorgement, ils viennent à comprimer soit le tronc du pneumogastrique avant la naissance des laryngés inférieurs, soit les laryngés inférieurs eux-mêmes, ils doivent agir aussi bien sur les filets du spinal ou filets phonétiques que sur les filets du pneumogastrique ou filets respiratoires.

Il semblerait pourtant que leur action s'exerce davantage sur les filets respiratoires que sur les phonétiques.

La gêne respiratoire de l'accès de faux croup l'indique suffisamment. D'autre part, nous avons fait la remarque que si la toux était rauque, et c'est un fait constant, la voix était le plus souvent claire. Or, comment expliquer cette différence entre la raucité de la toux et la clarté de la voix. La voix et la toux supposent un effort expiratoire, mais dans la toux cet effort est nécessairement plus considérable que dans la simple émission des sons, la parole. Or, il arrive que pendant la toux, le thorax se resserre et tend à appliquer plus forte-

ment sur les nerfs les ganglions médiastinaux hypertrophiés. Il en résulte un trouble plus prononcé dans le courant nerveux et de là une raucité qui est le résultat, soit du spasme, soit de la paralysie des cordes vocales. Dans la simple émission des sons, la pression sur les nerfs par les ganglions n'est pas, ou presque pas accrue et la voix reste claire.

Il est des cas pourtant dans lesquels la voix est voilée ou rauque comme la toux. Il est probable que cela dépend d'une plus grande pression des ganglions plus fortement engorgés.

RÉSUMÉ.

Pour nous résumer nous dirons :

1° La laryngite striduleuse ou faux croup est une affection aiguë, caractérisée par un trouble moteur de la glotte et reconnaissant pour cause un engorgement ou une congestion rapide des ganglions trachéo-bronchiques.

2° Cette affection se traduit par un ou plusieurs accès de dyspnée subite, parfois effrayants, survenant le plus souvent la nuit, entre minuit et quatre heures du matin, avec sifflement expiratoire aigu, bruyant, raucité de la toux, tandis que la voix est généralement claire, congestion de la face, avec ou sans mouvement fébrile, absence ou rareté de l'expectoration.

3° Elle est habituellement précédée d'un léger catarrhe nasal, pharyngien et laryngo-trachéal, consécutif à un refroidissement rapide. Elle est souvent suivie d'un peu de toux.

4° Elle atteint les enfants âgés de 1 an à 9 ans, et particulièrement lymphatiques, nés de parents lymphatiques, scrofuleux ou tuberculeux.

Elle est compatible avec un état de santé en apparence florissant.

5° Les récidives ne sont pas rares. Parfois l'affection se borne à un seul accès, plus ou moins violent. Souvent l'accès se répète la nuit suivante, ou les deux nuits suivantes, parfois dans la même nuit. Mais les accès qui suivent le premier,

dans la même atteinte du mal sont de moins en moins violents.

D'autres accès peuvent se manifester dans la même année et les années suivantes, et dans les mêmes conditions étiologiques.

Mais, avec l'âge, les accès diminuent de violence sans que pourtant la cause essentielle, l'engorgement ganglionnaire du médiastin, soit pour cela moins prononcée. Cela paraît dépendre surtout de la grandeur de la glotte qui, très petite dans le jeune âge, s'élargit plus tard.

6° Le pronostic peut être très bénin, comme il peut être très grave jusqu'au point de causer la mort par asphyxie, dans un espace de temps excessivement court.

7° Les complications les plus habituelles lorsqu'elles surviennent sont une congestion plus ou moins aiguë de l'un des sommets; le sommet qui correspond précisément au côté où l'adénopathie est la plus prononcée; une bronchite plus ou moins intense avec ou sans congestion des bases, et ces deux complications sont spécialement aggravées par l'engorgement ganglionnaire, par suite de la gêne que ces ganglions hypertrophiés exercent dans la libre circulation du sang et de l'influx nerveux dans les poumons en comprimant et en excitant morbidement les nerfs et les vaisseaux qui les avoisinent.

8° Les troubles laryngés se produisent par l'intermédiaire des nerfs récurrents, lesquels sont en rapport direct, dans le thorax et le long de la trachée, avec les ganglions trachéo-bronchiques.

9° Le traitement est curatif et prophylactique: il faut traiter l'accès et il faut traiter les causes, aujourd'hui connues, au moins je l'espère, de ces accès, c'est-à-dire, le tempérament lymphatique et la constitution plus ou moins faible.

En dehors de l'accès, dont le traitement consiste dans des vomitifs et des révulsifs cutanés et dans l'administration de quelques calmants, le traitement fondamental et prophylactique est le traitement anti-scrofuleux: préparations iodées, huile de foie de morue, lait phosphaté, habitation au bord de la mer, etc., etc.

Congrès international de Milan, pour l'amélioration du sort des sourds-muets.

(Suite.)

Toutes les questions préliminaires d'installation réglées et toutes les congratulations échangées, le Congrès est entré de plain pied dans la discussion des méthodes, intervertissant avec raison l'ordre du programme qui avait placé en première ligne la question d'organisation matérielle des écoles de sourds-muets. M. Magnat a ouvert cette discussion par la lecture d'un rapport imprimé sur les travaux envoyés au Congrès. L'assemblée n'a pas permis la lecture complète de ce travail lui appliquant un article du règlement qui limitait à dix minutes la durée de chaque communication. On s'est un peu échauffé là-dessus ; M. Magnat soutenait que par sa qualité de rapporteur et la nature de son mémoire, il échappait à cet article ; l'assemblée estimait au contraire que ce travail était moins un rapport sur l'œuvre d'autrui que le développement de théories personnelles et qu'il devait tomber sous le coup de la règle commune. Cette règle, dans la suite, n'a pas toujours été aussi inflexible. Les assemblées délibérantes ont de ces justices distributives dont les secrets ressorts échappent aux profanes, mais ici, il ne faut pas le dissimuler, le jugement de l'assemblée a eu un faux air de représailles. La lecture de M. Magnat a donné lieu à un second incident.

Voulant justifier une de ses assertions, M. Magnat a eu le tort d'invoquer l'autorité douteuse de M. Maxime Ducamp. Cet académicien a commis vers 1873, sur l'institution nationale de Paris, un article de revue, fruit d'une demi-journée d'études et de son imagination.

C'est sur cet article que M. Magnat appuyait sa démonstration. Cette imprudence appelait une protestation. Elle a été aussi prompt qu'éclatante. Dans un mâle et vigoureux langage, M. Franck a opposé la vérité au roman. Il a rappelé qu'en 1873, il y avait longtemps déjà que l'enseignement de l'institution nationale était basé sur la méthode intuitive.

En quelques paroles, il a caractérisé cette méthode qui, remontant des faits à l'idée, ne se sert du langage mimique que comme d'un accessoire dont elle pourrait à la rigueur se passer et emploie l'écriture comme son principal agent.

A M. Magnat a succédé M^{me} Ackers. Nous avons déjà parlé de cette dame et dit que, mère d'une jeune fille sourde-muette, elle s'était faite l'infatigable défenseur de la méthode orale. Parler est bien, agir est mieux; M. et M^{me} Ackers sont d'un pays où cette maxime est plus en honneur qu'en aucun autre; ils l'ont mise en pratique et sur la liste des membres du Congrès, le titre de fondateur de l'institution d'Ealing accompagne le nom de M. Ackers.

M^{me} Ackers est femme et ses raisons, nous l'avons déjà dit, sont surtout des raisons de sentiment. La première, elle mêle à son argumentation un dithyrambe sur la parole, sur le Verbe donné par Dieu. La douce voix de miss Hull lui fera tout à l'heure écho et, plus tard, l'abbé Balestra viendra reprendre le même thème sur un mode plus retentissant. Mais ni M^{me} Ackers, ni miss Hull, ni l'abbé Balestra ne nous disent, et personne dans le Congrès ne leur demande, si, cette parole qui sera pour les sourds-muets un bienfait inappréciable, est cependant la parole vraie, et si, mis par elle en possession de cette faculté merveilleuse d'exprimer ses idées par les sons de la voix, le sourd-muet, par cela même, formera ses idées par le même mécanisme que l'entendant parlant et se trouvera de fait sur le même pied que lui pour le développement de ses facultés intellectuelles. Pour ma part, je n'en sais rien, pourtant j'en doute.

Aperuit os mutorum, a dit l'Écriture, mais je veux croire que c'est en leur débouchant les oreilles que le Christ ouvrirait la bouche des muets. A ceux qui, jugeant la méthode sur ses résultats et qui, arrivés en Italie, libres de parti pris, sont revenus convaincus de son excellence, cet aveu d'ignorance est permis, mais ceux qui raisonnent *a priori* et qui, par cela seul qu'un sourd-muet sait articuler les sons, veulent qu'on leur concède par avance qu'il doit acquérir un développement intellectuel plus grand que s'il était instruit par le langage mimique doivent fournir quelques preuves à l'appui

de leur prétention. Nous entendions dans les couloirs du Congrès un amateur de paradoxes émettre, sans les prendre lui-même au sérieux, les réflexions suivantes : Quand on lui parle, le sourd-muet instruit par la méthode orale, n'entend pas le son qui s'échappe de la bouche de son interlocuteur ; il voit les mouvements que font les lèvres et quand lui-même articule, ce sont des mouvements qu'il a vus faire qu'il répète et qui, pour les autres, mais non pour lui, prennent les qualités du son. Dans les deux cas, ce sont de véritables signes qu'il perçoit ou qu'il forme. Ce langage mimique diffère du langage mimique conventionnel en ce qu'il suit pas à pas la langue des entendants et cela lui donne un petit air de ressemblance avec le langage des signes méthodiques tant conspués.

Mais laissons aux psychologues, qui les pourront débattre longtemps encore, ces problèmes que la physiologie résoudra peut-être un jour. Contentons-nous, en attendant, d'un sage empirisme, et que, dans l'intérêt même du succès de la méthode orale tous ses défenseurs la dépouillent de cet appareil déclamatoire qui nous a un peu gâté quelques excellentes communications.

Presque tous les membres du Congrès convenaient, d'ailleurs, sans débat, que la parole serait pour le sourd-muet un moyen de communication supérieur au langage mimique et ils admettaient aussi que la parole faciliterait l'étude de la langue, car tous savaient quelles difficultés rencontre le sourd-muet quand il veut exprimer par l'écriture une pensée conçue en langage mimique. Les défenseurs de la méthode orale voulaient qu'on leur concédât un point de plus et que le Congrès inscrivit dans sa première résolution que la méthode orale assurait un développement plus grand des facultés intellectuelles.

M^{me} Ackers, miss Hull, ont apporté à l'appui de cette opinion des raisons tirées de ce qu'elles avaient vu, et plus topiques que l'argument *à priori* dont nous leur avons reproché l'emploi. C'est sur le seul terrain de l'expérience que se sont placés M. Hugentobler et M. Magnat pour défendre la même opinion. Tous deux ont cité des faits intéressants tirés

de leur propre pratique. M. Thomas Gallaudet, de New-York, dans un discours, agrémenté d'une traduction mimique du *Pater*, défend les signes; un Suédois, M. Ekborhn, se range du même côté. Le texte de la première proposition soumise au vote du Congrès visait, parmi les avantages de la méthode orale, ce développement plus grand des facultés intellectuelles. L'abbé Guérin, sous-directeur de l'école de Marseille, a demandé et obtenu la suppression de ce paragraphe qui menaçait non pas de compromettre le succès déjà assuré du vote, mais d'en atténuer la portée en grossissant le chiffre de la minorité.

Cette suppression s'expliquait par de bonnes raisons. Si les partisans de la parole avaient cité des exemples frappants de l'étendue des connaissances qu'avaient pu acquérir des sujets instruits par leur méthode, et dont justifiaient des diplômes universitaires vaillamment conquis, leurs adversaires leur avaient opposé des résultats analogues obtenus par eux, M. Hugentobler avait pu mettre en avant le nom de son élève, M. Kæclin, qui venait de subir avec succès les épreuves du baccalauréat ès-lettres; mais de l'autre côté on nommait M. Dusuzeau, professeur de mathématiques à l'institution nationale de Paris, bachelier es-sciences.

Le Congrès avait heureusement sous la main un moyen de contrôle. Le samedi précédent, des membres avaient assisté à l'examen public des sourds-muets pauvres de la campagne.

Le nouveau directeur de l'institution nationale de Paris, le Dr Peyron, reconnaissait que ces enfants avaient témoigné d'un développement intellectuel égal, mais non supérieur à celui des élèves de son institution; il appuyait son témoignage sur celui de M. Franck; il demandait au Congrès de juger sur ce qu'on lui avait montré et de se rallier à l'amendement de l'abbé Guérin. Un peu par politesse internationale, beaucoup par habileté, les Italiens, tout en restant convaincus de la supériorité de leurs élèves, firent le sacrifice de ce considérant au désir de diminuer le nombre des opposants, et la résolution suivante fut votée à la presque unanimité.

« Le Congrès,

« Considérant l'incontestable supériorité de la parole sur les signes pour rendre le sourd-muet à la société et lui donner une plus parfaite connaissance de la langue,

« Déclare que la méthode orale doit être préférée à celle de la mimique pour l'éducation et l'instruction des sourds-muets. »

Membre honoraire du Congrès, M. Franck n'avait pu prendre part au vote; mais il avait, à plusieurs reprises, éclairé la discussion, il avait donné à la proposition soumise au Congrès la forme sous laquelle elle a été définitivement votée et son suffrage peut être compté comme le plus précieux et le plus décisif avantage qu'ait ce jour-là remporté la parole.

La bataille était gagnée pour les partisans de la méthode orale, il ne leur restait plus qu'à pousser plus loin leurs avantages et, après avoir fait proclamer la supériorité de la parole, qu'à réclamer qu'elle fût enseignée pure de tout alliage avec le langage mimique.

Il convenait d'abord de définir ce qui distingue la méthode orale pure de la méthode mixte, qui mélange dans son enseignement l'emploi de la parole à celui du signe. C'était la deuxième question posée au Congrès. La troisième question portait sur la détermination exacte de la limite qui sépare les signes méthodiques des signes naturels. Il n'était pas possible de résoudre la première de ces deux questions sans discuter en même temps la seconde, et de proscrire absolument le signe sans s'être expliqué sur sa définition et sur sa valeur.

En ne parlant que des signes méthodiques et des signes naturels et en passant sous silence les signes conventionnels, la question posée au Congrès a jeté une certaine confusion dans la discussion. Tout le monde a paru d'accord pour rejeter ce qu'on entend par les signes méthodiques de l'abbé de l'Épée, qui rappelaient plutôt les mots que les idées, comme les a très bien définis M. Waisse dans une brochure sur l'histoire et les principes de l'art d'instruire les sourds-muets.

Pour les membres du Congrès qui continuaient à se servir de cette expression de signes méthodiques, la définition qu'ils en donnaient était plutôt celle des signes conventionnels base du langage mimique qui s'enseigne dans les écoles de sourds-muets.

C'est donc entre le signe naturel et le signe conventionnel, entre celui dont l'enfant apprend seul la signification et l'emploi comme le sourire et le froncement de sourcils, et celui qui fait partie de l'enseignement de l'école qu'on a cherché à établir la distinction. Chacun a essayé sa définition et prouvé que bien définir est ce qu'il y a de plus difficile au monde. En l'espèce, ce n'était pas chose aisée. Bien des signes qui paraissent absolument naturels, dont chacun se sert, que tout le monde comprend ne sont que le résultat d'une convention qui a l'avantage d'avoir de longues racines dans le passé et un caractère de généralité qui fait croire qu'elle est universelle. Quel signe plus naturel à notre sens que ces mouvements de la tête dont nous nous servons pour nier ou pour affirmer, et cependant ces mêmes mouvements n'ont pas en tous pays la même signification. D'autre part, parce que certains signes dessinent assez bien l'objet qu'ils désignent, ils n'en sont pas moins conventionnels.

Il était plus intéressant de savoir la part que chacun entendait faire au signe dans l'enseignement par la parole. Parmi les partisans de la parole pure qui veulent restreindre l'emploi du signe à sa plus simple expression, nous trouvons dans l'ordre où ils ont pris la parole :

Miss Hull qui compare le signe à une illustration de la parole et qui laisse entendre que pour elle, les meilleurs livres sont ceux qui contiennent le moins d'images ;

Le professeur Fornari de l'institution royale, de Milan, dont le discours très étudié est chaleureusement applaudi ; l'abbé Brambilla qui commence la lecture d'un travail que nous espérons bien retrouver dans le compte rendu du Congrès et qui en sera une des curiosités, car il porte la marque de cette culture philosophique du clergé italien inconnue en d'autres pays ;

L'abbé Tarra qui emporte tous les suffrages avec sa saine raison, ses ingénieux aperçus et sa haute éloquence ;

L'abbé Guérin qui se donne modestement comme le traducteur de l'abbé Tarra, mais qui produit une œuvre bien personnelle et digne du modèle dont il s'est inspiré sans le copier;

M. Houdin qui, d'abord, s'est prononcé pour la méthode mixte, mais qui ne diffère pas d'avis avec ses collègues d'Italie, puisqu'ils reconnaissent tous à des degrés divers la nécessité de l'emploi des signes pour les premières communications entre le maître et l'élève;

M. Arnold, de Northampton, qui se déclare personnellement hostile à la méthode mixte, mais qui constate qu'en Angleterre les partisans de cette méthode sont encore en majorité;

M. Claveau, inspecteur général des établissements de bienfaisance, qui apporte à la défense de la méthode orale pure l'appui de sa parole élégante et de son expérience, et qui constate les résultats déjà obtenus à l'institution nationale de Bordeaux, grâce à la science et au dévouement des sœurs Angélique et Augustine qui assistent au Congrès. L'assemblée tout entière s'associe à cet hommage si mérité. La liste des orateurs qui avaient pris la parole avant lui était déjà si longue qu'il a craint, bien à tort, de fatiguer l'attention du Congrès et il a trompé l'attente de ceux qui espéraient de lui un résumé de ses missions en Belgique, en Hollande, en Suisse et en Allemagne. M. Claveau a fait aux Italiens la gracieuseté de se traduire lui-même en leur langue, et son discours terminé sur cette heureuse citation,

O dolce lume, a cui fidanza io entro
Per le nuoro cammin, tu ne conduci

a été chaleureusement applaudi.

Parmi les défenseurs de la méthode orale pure, nous allions oublier le plus ardent de tous, celui-là même qui en a fait adopter le nom, l'abbé Balestra, ce Pierre l'Ermite de la croisade pour la parole, qui à tout propos, quelquefois un peu hors de propos, entrait dans la discussion comme un obus dans une ville assiégée, qui voulait que le vote en faveur de la parole précédât toute discussion, qui tenait le président l'oreille au guet, l'assemblée en belle humeur et qui a reçu

de ses compatriotes une ovation méritée par l'ardeur de ses convictions et son désintéressement.

Nous n'osons pas ranger M. Magnat parmi les partisans de la méthode orale pure, car il fait à l'emploi des signes une concession qui nous étonne. Il les emploie au début, mais il les garde et s'en sert plus tard comme d'un moyen de plus de s'assurer que l'enfant a saisi le sens d'un mot. On lui objecte avec raison qu'un musée scolaire bien garni remplirait le même rôle avec moins d'inconvénients.

L'abbé Bouchet est du même avis que M. Magnat; lui aussi voudrait garder le signe comme moyen de contrôle, mais à l'entendre trouver si naturel que pour demander de l'eau, on remue le petit doigt, je crois que volontiers il en étendrait l'usage. M. Thomas Gallaudet s'est franchement prononcé pour la méthode mixte tout en reconnaissant l'importance de la méthode orale et en croyant à la possibilité de sa mise en pratique. Un Suédois, M. Ekbohrn, directeur de l'institution de Bollnas, veut bien croire à l'efficacité de la nouvelle méthode lorsqu'on peut garder les élèves pendant sept ou huit ans, mais lui reçoit souvent des sourds-muets de 20 ans, incultes et sauvages, qui ne doivent rester que deux ans sous sa direction; pour ceux-là, il n'est pas disposé à changer son enseignement. En deux ans, avec l'aide du langage mimique, il fait presque un homme de la brute qu'on lui a confiée. Qu'en ferait-il avec la méthode orale? La question posée par M. Ekbohrn est restée sans réponse. La discussion des termes de la résolution à soumettre au vote du Congrès a longtemps occupé l'assemblée. Avec une ténacité rare, M. Fornari a défendu une rédaction qu'il opposait au texte de la résolution proposée par M. Franck.

M. Franck a dû intervenir plusieurs fois dans le débat, et l'assemblée lui a donné raison malgré la résistance prolongée de son adversaire. Ajoutons bien vite que le lendemain, le professeur Fornari a proclamé dans une allocution très bien venue que le débat avait porté sur la forme et non sur le fond, et il s'est grandement réjoui de voir M. Franck, qui, en 1875, s'était déclaré prêt « à changer d'avis devant des

efforts couronnés d'un succès durable et général », devenir le chaud et sincère défenseur de la méthode orale.

La résolution proposée par M. Franck et adoptée par le Congrès au cri de : Vive la parole, était ainsi formulée :

« Le Congrès,

« Considérant que l'usage simultané de la parole et des signes mimiques a le désavantage de nuire à la parole, à la lecture sur les lèvres et à la précision des idées,

« Déclare que la méthode orale pure doit être préférée. »

Dans son avant-dernière séance, le Congrès vote au pas de charge un grand nombre de résolutions toutes importantes, toutes intéressantes. Nous ne pouvons les citer, mais nous ferons une exception pour la VIII, car elle a été littéralement appliquée à l'institution nationale de Paris, et ce qui fera au Congrès de Milan une place à part dans l'histoire des Congrès, c'est ce que ses résolutions auront été mises en pratique.

« Le Congrès,

« Considérant que l'application de la méthode orale pure aux institutions où elle n'est pas encore en vigueur, doit être prudente, graduée et progressive, sous peine d'être compromise,

« Est d'avis :

« 1° Que les élèves nouvellement venus dans les écoles forment une classe à part où l'enseignement soit donné par la parole ;

« 2° Que les élèves soient absolument séparés des autres sourds-muets trop avancés pour être instruits par la parole, et dont l'éducation s'achèvera par les signes ;

« 3° Que chaque année, une classe nouvelle de parole soit établie dans l'école jusqu'à ce que tous les anciens élèves enseignés par la mimique aient achevé leur éducation. »

La séance du samedi 11 septembre était la séance de clôture des travaux du Congrès et partant une séance de discours.

C'est d'abord le chevalier Zucchi qui, en termes éloquents, pleins de chaleur et d'élévation, félicite le Congrès de l'importance et de l'éclat de ses délibérations.

M. Franck lui succède. Il faudrait pouvoir citer tout entier ce beau discours tout rempli de mots heureux que soulignent les applaudissements de l'assemblée. M. Franck n'avait pas demandé que la parole fût à jamais bannie de l'enseignement des sourds-muets, il l'avait mise en quarantaine, elle a fait ses preuves de salubrité, et il vent qu'on lui ouvre maintenant les portes toutes grandes. Une magistrale invocation à la liberté, à la science et à la charité a terminé cette belle harangue.

C'est ensuite l'abbé Tarra ; puis M. Ackers, au nom de l'Angleterre et M. Gallaudet, au nom de l'Amérique, remercient les organisateurs du Congrès. M. Ekebohrn a un mot charmant : « Dans nos forêts du Nord, dans nos longues nuits polaires, sous la neige et le vent, quand le froid raidit nos membres, pour nous réchauffer nous fermons les yeux et nous songeons à l'Italie. »

M. Correnti, ancien ministre de l'instruction publique lit un discours écrit en français. M. Correnti est un philosophe, mais sa philosophie nous paraît bien dédaigneuse de la science ; il exécute l'évolutionisme en deux phrases, et regrettant qu'aucun représentant autorisé de cette doctrine ne soit présent nous nous rappelons ce mot d'un personnage d'Eckmann-Chatrian, qui vient d'entendre un jeune missionnaire de la Restauration dire son fait à la Révolution : « Si le vieux Colin avait représenté le Jacobin je crois tout de même qu'il aurait terriblement embarrassé le jeune homme. »

M. Houdin, vice-président du Congrès pour une section française, se fait l'interprète de la gratitude de ses compatriotes pour l'hospitalité milanaise. Les sentiments qu'il exprime et la forme heureuse dont il les revêt sont vivement applaudis. Le commandeur Basile, préfet de la province, nous ménage une dernière surprise. M. le préfet avait fait preuve d'un véritable courage, séance d'ouverture, séance de clôture, examens publics du jour, présentations du soir, il n'avait fui devant rien, mais de parole point. A la dernière minute du Congrès, on le presse de parler ; il résiste, enfin il se lève d'un air résigné, le voilà debout, il hésite encore ; et nous étions en peine pour lui, puis tout

d'un coup, il se décide, il parle et nous ravit par l'entrain, l'éclat, le feu d'une éloquence tribunitienne. Il finit en faisant applaudir à grand bruit le nom de la reine Marguerite, dont il a fait la personnification de la charité, et c'est sur ces deux noms si gracieusement associés que le Congrès se sépare.

D^r P.

Compte rendu du Congrès international d'Otologie, tenu à Milan, dans le mois de septembre. (Suite et fin.)

(Extrait de la *Gazzetta medica Italiana di Lombardia*.)

Dans la séance du 8 septembre *Læwenberg* essaye de démontrer pourquoi certains sourds tiennent la bouche ouverte. Il attribue ce phénomène à ce fait que chez les sourds les fosses nasales sont plus ou moins rétrécies de façon que la respiration devient plus bruyante que lorsque la bouche est ouverte, et empêche par elle la perception des sons.

Fournier croit qu'en ouvrant la bouche les sourds cherchent instinctivement à dilater le conduit auditif externe par l'abaissement de la mâchoire.

Novaro partage l'avis de *Læwenberg* parce que la dilatation du conduit auditif est presque nulle.

Morpurgo croit au contraire que les sourds tiennent la bouche ouverte pour une simple expression mimique; cependant il n'est pas impossible que cela soit aussi pour ne pas être gênés par la respiration trop bruyante.

Voltolini est du même avis que *Morpurgo*.

Politzer croit à l'influence du rétrécissement de la trompe d'Eustache.

Sapolini admet que l'abaissement de la mâchoire produit un changement de tension dans la membrane du tympan.

Politzer se range à l'opinion de *Sapolini*.

Læwenberg, sans nier complètement l'expression mimique, admet que l'ouverture de la bouche a pour effet de rendre la perception des sons plus sensible.

Hartmann lit un travail sur la surdi-mutité. Il soutient la supériorité de la méthode phonique dans l'enseignement des

sourds-muets, et il fait remarquer qu'au Congrès de Paris on a adopté cette méthode. Il cite l'avis de l'abbé de l'Épée.

Fournier définit le langage des sourds-muets une misérable traduction mimique de la pensée.

Sapolini engage le docteur *Fournier* à aller dans les établissements de Milan se convaincre des résultats brillants qu'on obtient par la méthode phonique.

Fournier soutient que ces résultats sont peu fréquents.

Læwenberg assure que la méthode phonique donne d'excellents résultats.

Boucheron mentionne quelques cas de curabilité des sourds-muets. Il fait l'historique d'un petit enfant qu'il a guéri par le cathétérisme de la trompe en chloroformisant le petit malade. La séance est levée.

Dans l'avant-dernière séance *Delstanche* présente quelques instruments, parmi lesquels il faut mentionner l'adénothome à coulisse pour l'extraction des tumeurs rétro-nasales par la voie buccale; une écuille pour injections auriculaires; un spéculum nasal, une seringue, une pince à coulisse pour l'extraction de petits polypes et corps étrangers de l'oreille.

On reprend ensuite la discussion sur la communication de *Boucheron*.

Læwenberg demande à *Boucheron* pourquoi il n'a pas employé le procédé de *Politzer*.

Hartmann fait remarquer que la chloroformisation répétée produit une dureté de l'ouïe.

Boucheron préfère le cathétérisme parce qu'il obtient des résultats diagnostiques plus sûrs qu'avec le procédé de *Politzer*.

Læwenberg soutient que le procédé de *Politzer* donne chez les enfants, chez lesquels on ne constate pas le bruit de déglutition de l'eau, des résultats d'auscultation identiques à ceux du cathétérisme.

Delstanche emploie toujours le procédé de *Politzer* et a toujours obtenu d'excellents résultats.

Hartmann fait une communication sur la fonction du voile du palais; recherches manométriques, de laquelle il conclut que l'émission des voyelles varie la pression manomé-

trique selon les voyelles qu'on émet par suite des différentes contractions du voile du palais.

Vollolini croit que les mouvements du voile du palais sont très petits et par conséquent les expériences de *Hartmann* sont très peu concluantes. Il en est de même, selon lui, des expériences pratiquées avec la pharyngoscopie, parce qu'il faut que la bouche demeure ouverte et que les différentes parties ne se trouvent pas en situation normale. Il croit que l'introduction d'un miroir et l'inspection par le nez donnent de meilleurs résultats.

Fournier soutient que dans l'expérience de *Hartmann* il s'agit plutôt d'une induction de physique que de physiologie.

Politzer a vu que dans quelques cas son procédé réussit mieux pendant l'acte de l'inspiration que pendant la phonation et la déglutition. Cependant *Rossi* est d'avis que tous les points de la question n'ont pas été éclaircis et il se demande si la force de l'expiration en maintenant la contraction du voile du palais ne fait pas changer le mouvement de la colonne manométrique, et cela indépendamment des voyelles qu'on prononce.

Hartmann maintient son opinion et dit que la force de l'expiration ne fait pas changer les conditions de l'expérience.

Fournier parle sur la propagation des ondes sonores vers les nerfs auditifs et sur l'office de la trompe d'Eustache. Il considère l'appareil externe indispensable pour la transmission des sons à l'oreille et présente un instrument qui démontrerait selon lui que la trompe est toujours ouverte; et que les muscles de la trompe sont destinés à la fermer et non pas à l'ouvrir.

Sapolini ne partage pas cette opinion d'après ses études spéciales. Selon lui la trompe est toujours fermée et ses muscles sont des muscles dilatateurs; il porte à l'appui de son opinion le fait de sa constitution en partie osseuse, en partie cartilagineuse; entre ses deux parties il existe une flexion et une torsion, de façon que sur ce point au moins il faut admettre la fermeture de la trompe.

Politzer est du même avis que *Sapolini* et admet seulement l'ouverture de la trompe dans certains cas spéciaux.

Hartmann et Bobone abondent dans le même sens.

Lennox Browne de Londres fait une communication sur les résultats des expériences faites avec l'audiophone sur cent malades atteints de surdi-mutité.

Marchisava parle de quelques polypes auriculaires.

Ravogli traite de l'influence de la syphilis sur les maladies de l'oreille. A ce sujet le professeur *Moos* fait mention de trois autres cas de syphilis auriculaire.

Dell'Acqua présente un mémoire sur la physiologie de l'ouïe.

Bartolozzi parle d'un nouveau tympanotome.

Séance du 9 septembre.

Le Dr *Gottstein* expose un cas de méningite consécutive à la rougeole.

Delstanche parle d'un cas de cancer de l'oreille.

Beni rapporte quatre cas d'hémorragie auriculaire bilatérale, remplaçant la menstruation.

Voltolini présente : 1° Un appareil réflecteur pour la cavité naso-pharyngienne; 2° l'appareil qu'il appelle microscope auriculaire; 3° le labyrinthe membraneux préparé sur place.

Hartmann émet des doutes sur la possibilité que l'appareil réflecteur permette de constater la fermeture du voile du palais à cause de la présence du pli salpingo-pharyngien.

Voltolini fait remarquer que la fermeture du voile a lieu au-dessous du pli, par conséquent elle est visible.

Loewenberg présente un appareil galvanocaustique ayant une spirale très légère pour la cavité du nez, pourvu d'un enduit protecteur pour la cloison nasale. L'instrument a été fabriqué par Trouvé, de Paris.

Voltolini voudrait que la pointe du galvano-cautère ne fût pas pourvue d'une spirale, qui n'est pas commode.

Czarda, de Prague, présente : un nouveau pulvérisateur à rotation en éventail avec deux sortes de jet pour la cavité pharyngo-nasale; 2° différents instruments pour des opérations dans les cavités nasale et naso-pharyngienne, serre-

nœuds, curettes, crochets, couteaux circulaires, porte caustique, sonde, pince et un nouveau spéculum qu'on peut fixer dans tous les sens pendant l'opération.

Fournier présente enfin quelques pièces anatomiques conservés dans l'alcool et tendant à prouver ce qu'il avait avancé sur les fonctions de la trompe.

Après cette présentation, l'ordre du jour du Congrès étant épuisé, le président après avoir remercié tous les membres, et particulièrement les étrangers, de leur concours et de leurs savantes communications, déclare fermé le deuxième Congrès international d'otologie. D^r BACCHI.

Contributions à l'anatomie de l'oreille, par le D^r KUHN, professeur d'otologie à l'université de Strasbourg. 2^e partie du *Labyrinthe membraneux des amphibiens*. (*Archives d'anatomie microscopique*, 17, 1880.)

Les lecteurs des Annales connaissent déjà la première partie du travail important de M. le D^r Kuhn (anatomie microscopique de l'oreille chez les poissons), par une excellente analyse qu'en a faite M. le D^r Kuhff.

Dans la 2^e partie de ses recherches le savant anatomiste étudie l'oreille chez les amphibiens; il nous apprend que tandis que chez les poissons la capsule qui renferme l'organe auditif (labyrinthe membraneux) n'est osseuse qu'en partie et n'est séparée du cerveau que par une membrane très mince, chez les amphibiens elle est osseuse dans toute son étendue.

Les canaux semi-circulaires sont de plus en plus courbes et se redressent de plus en plus. De nouveaux organes apparaissent, la partie initiale de la cochlée, la portion basilaire et le commencement de la membrane basilaire.

Chez les batraciens on trouve le segmentum vasculosum qu'on rencontre également chez les oiseaux. Chez la grenouille la partie basilaire est formée par un anneau cartilagineux développé dont la partie centrale reçoit un fort rameau du nerf cochléen qui forme à l'intérieur une crête acoustique.

Chez certains poissons le nerf acoustique se divise en trois rameaux, l'un d'eux, le rameau vestibulaire se rend dans le recessus utriculaire et les deux ampoules voisines, le deuxième ou moyen se rend au saccule et à la laguena, le troisième aux papilles basilaires et à l'ampoule frontale. Chez les amphibiens le nerf ne se divise plus qu'en deux rameaux, le rameau vestibulaire qui se distribue au recessus des deux ampoules et au saccule et le rameau cochléen qui innerve les différentes parties du limaçon et l'ampoule frontale.

La terminaison périphérique du nerf acoustique est à peu près la même chez les poissons et les amphibiens. Chez les uns comme chez les autres les cylindres axes les plus fins s'entrecroisent et forment un plexus intra-épithélial entre les différentes couches d'épithélium nerveux. Les cellules filiformes qu'on rencontre chez les poissons où elles relient les cellules acoustiques aux cylindres axes n'existent pas chez les amphibiens.

Le tissu dont est formé le labyrinthe membraneux est le même chez les poissons et les amphibiens.

La surface interne des cavités labyrinthiques est revêtue d'épithélium polygonal pavimenteux.

La partie basilaire de la cochlée chez les amphibiens mérite une mention spéciale; elle manque dans le labyrinthe du poisson. Cet anneau cartilagineux et la membrane basilaire tendue dans son intérieur forment la partie la plus importante du limaçon chez les vertébrés supérieurs. L'auteur nous promet d'en étudier les transformations successives, chez les reptiles, les oiseaux et enfin chez l'homme. Dr LÉVI.

Du traitement sec dans la suppuration de l'oreille moyenne, par H.-N. SPENCER, à Saint-Louis. (*American journal of Otology*, juillet 1880.)

La pratique ordinaire dans les cas aigus de cette nature a consisté jusqu'à présent, à administrer des douches d'eau chaude et des injections d'air à travers la membrane tympan perforée spontanément ou par l'aiguille.

Le bain liquide a pour but de nettoyer les parties en entraînant les sécrétions; par sa température il doit aussi modifier l'inflammation; on croit, en outre, que la chaleur exerce une influence favorable sur la marche de la maladie. L'injection d'air rétablit la communication entre l'oreille moyenne et le naso-pharynx, et tend ainsi à dégager la cavité de la caisse; il est probable que dans une certaine mesure l'air agit aussi mécaniquement en renouvelant la vitalité des tissus atteints. Ces moyens sont considérés comme suffisants, dans la majorité des cas, pour soulager les malades, s'ils ont été vus dès le début de leur affection.

Si la suppuration continue, on a recours à d'autres agents, ordinairement aux solutions astringentes, qui sont instillées dans l'oreille. Dans les cas chroniques, on ordonne l'usage fréquent du bain, joint à une médication appropriée.

Le traitement que je vais décrire, et que j'ai pratiqué pendant plus de deux ans, diffère radicalement des précédents.

Voici d'abord les objections que soulève le traitement humide. L'eau injectée n'arrive pas dans l'oreille moyenne, si la membrane du tympan à travers laquelle se fait l'opération, n'est pas déchirée ou ne l'est que depuis peu de temps; elle y arrive rarement et imparfaitement dans les cas de perforation ancienne, où la membrane n'est pas complètement détruite. L'utilité de l'injection se trouve ainsi limitée au nettoyage du conduit externe.

Dans l'inflammation aiguë de l'oreille moyenne, l'eau chaude soulage momentanément par son contact, mais que celui-ci cesse, la douleur reparait avec plus de violence. Si l'on prolongeait le bain outre mesure, on risquerait de propager l'inflammation dans les parties non encore atteintes; on pourrait ramollir davantage les tissus et détruire la membrane du tympan.

Il existe donc certainement des cas, qu'il est au moins préférable de ne pas traiter par l'eau. Sans doute, dans d'autres cas l'eau chaude a une action salutaire, et son emploi est même indispensable. Aussi je me borne à demander si cet usage est *toujours* rationnel.

L'auteur cite plusieurs observations, où le traitement sec a produit d'excellents résultats, soit qu'il ait été employé primitivement ou qu'il ait succédé à l'application de la méthode ordinaire qui avait échoué.

Ce traitement consiste à nettoyer l'oreille avec du coton absorbant avant et après la politzérisation, à injecter de l'iodoforme pulvérisée à travers la membrane perforée, puis à boucher hermétiquement le conduit auditif, à l'aide d'un tampon de coton inséré au fond du conduit, contre la membrane.

Beeker a conseillé le curage sec qui a été suivi, mais c'est au pansement sec que l'auteur ajoute le plus d'importance. Ce pansement soustrait la plaie au contact de l'air, attire et absorbe l'écoulement de l'oreille moyenne, et exerce, sans produire aucune irritation, une action stimulante qui hâte la guérison. Après la pose du pansement, l'auteur fait une injection d'air dans la caisse, dans le but de mieux faire adhérer la membrane au tampon de coton, par l'humeur qui est pressée à travers la perforation.

Sans nullement prétendre que sa méthode doive être suivie dans tous les cas, l'auteur, se fondant sur sa propre expérience, croit qu'elle est susceptible d'une application très large, et que souvent elle donne des résultats meilleurs et plus rapides que le traitement ordinaire.

Peut-être pourrait-on poser cette loi que, suivant que le conduit externe est compris ou non dans l'inflammation de l'oreille moyenne, on doit adopter ou rejeter l'usage du bain. Dans la suppuration chronique, l'eau ne doit être employée que lorsque l'écoulement est très abondant, ou bien lorsque la muqueuse ulcérée, le nettoyage avec du coton serait impossible, ou produirait une irritation nuisible. En d'autres termes, suivant l'auteur, l'eau ne possède aucune propriété thérapeutique, par laquelle elle puisse réagir sur la muqueuse de l'oreille moyenne.

CH. B.

De l'otorrhée sans lésions osseuses et de son traitement.

Thèse inaugurale, par M. le Dr BRISSON. Paris, 1880.

M. le docteur Brisson a soutenu sa thèse de doctorat sur l'otorrhée, et en particulier sur la forme sans lésions osseuses, et sur un traitement spécial à cette forme.

Avant d'en arriver au sujet réel de sa thèse, M. Brisson a consacré trente pages de son travail à faire l'histoire de l'otorrhée.

L'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie sont traitées. En parlant des causes du catarrhe de l'oreille moyenne, il éloigne absolument la possibilité que la cause première du mal soit l'oreille moyenne, qu'il y ait hérédité ou non. Toujours la cause initiale serait une maladie des voies nasale ou pharyngienne. — En anatomie pathologique, il pose comme chose neuve que les granulations de la caisse sont de même nature que celles de la conjonctive et que ces granulations produisent des polypes. — Enfin viennent les théories suivantes : 1° L'acuité auditive dans le cours des otorrhées, qu'il y ait perforation ou non, est subordonnée au plus ou moins de perméabilité de la trompe. Dans ce cas, l'obstruction occasionne une poussée congestive avec gonflement de la muqueuse, ce qui gêne le jeu des osselets. 2° Quand une perforation s'est refermée, si la surdité est augmentée, cela tient à la persistance du catarrhe naso-pharyngien et à l'obstruction de la trompe plutôt qu'aux autres causes invoquées par les auteurs, la disjonction des osselets par exemple.

Il est bien entendu que nous laissons à l'auteur la responsabilité de ses assertions. Les lecteurs seront juges de la part d'originalité qui lui revient, et d'abord de l'exactitude de ces assertions.

Enfin M. Brisson aborde le traitement de l'otorrhée, en formulant un traitement qu'il dit être d'une efficacité remarquable, ce qu'il prouve du reste par une série de vingt observations. Dans tous ces cas, son traitement local a donné la

guérison de l'otorrhée sinon de la surdité, en quelques jours. Il parle des otorrhées sans lésions osseuses bien entendu. Ce traitement local doit être accompagné d'un traitement général constitutionnel en vue de prévenir les récidives.

M. Brisson emploie en instillations dans l'oreille malade, cinq fois par jour environ, quelques gouttes tièdes du mélange suivant.

Eau distillée.	100 gr.
Hydrate de chloral.....	3 —
Sulfate d'alumine.....	5 —

Il expose comment il comprend l'action combinée de cette solution où se trouvent réunis deux agents médicamenteux, l'un fermenticide et calmant, le chloral, l'autre astringent et surtout antifétide, le sulfate d'alumine. Ces agents ont été depuis longtemps employés isolément, également avec un certain succès. De les avoir réunis, au moins il a le mérite de la nouveauté, et pour notre compte, après avoir essayé ce mélange, nous le déclarons bon, excellent. Il nous a donné toujours de bons résultats, et cela, dans un délai relativement très court.

D^r JACQUEMART.

Formes, causes et traitement du bourdonnement des oreilles, par W. DOUGLAS HEMMING. (*British medical journal*, septembre 1880.)

L'étude du bourdonnement est très longue et très complexe, aussi l'auteur déclare que son travail sera forcément incomplet, obligé qu'il est de se renfermer dans le cadre restreint d'un article de journal.

Il admet six classes de bourdonnements :

La 1^{re} classe comprend les bourdonnements dont le timbre peut être comparé au bruit d'un coquillage appliqué contre l'oreille, au bruit de la mer : ce genre de bourdonnement serait dû au tabac, au catarrhe chronique de l'oreille moyenne, à la contracture des muscles de la chaîne.

La 2^e classe se compose de bourdonnements semblables à celui que fait l'abeille en volant, et ils reconnaissent pour cause les corps étrangers, le cérumen, l'eczéma et les parasites du conduit.

Dans la 3^e, il range ceux qui ressemblent au bouillonnement que font des bulles d'air sortant de l'eau (*as of air bubbling through fluid*). Les mucosités contenues dans la caisse ou dans la trompe, résultat d'un catarrhe, en sont la cause.

Dans la 4^e, ceux qu'on pourrait comparer à un bruissement ou à un pétilllement (*Rustling or crackling noises*), et qui sont dus soit à l'absence de la sécrétion cérumineuse, soit au catarrhe aigu dans ses dernières manifestations.

Dans la 5^e, les bruits sans intermittences, qui ressemblent au bruit d'une cascade, et qui sont le signe d'une congestion veineuse du labyrinthe.

Dans la 6^e, les bruits pulsatifs isochrones au pouls, qui sont le résultat de l'anémie, des anévrismes et de la congestion artérielle de l'oreille interne.

Après cette classification, l'auteur, envisageant la question à un point de vue d'ensemble, propose de diviser les bourdonnements en deux grandes catégories :

Dans la 1^{re} il place ceux qui existent en dehors d'une affection de l'oreille, et qui sont dus à des anévrismes de la carotide, de la temporale, de l'auriculaire postérieure et de la crosse de l'aorte, aux troubles cérébraux, à la grossesse, à l'allaitement, à la ménopause. Dans ce dernier cas, il croit que la cause du bourdonnement réside dans le système nerveux.

Dans la 2^e catégorie, il range les bourdonnements produits par une affection de l'oreille, qui peut être une affection du conduit, ou une affection de la caisse.

Dans les affections du conduit, les principales causes du bourdonnement sont les corps étrangers qui agissent en comprimant la membrane.

Dans celles de la caisse, c'est au mucus, résultat du catarrhe de la caisse ou de la trompe, aux corps étrangers de la trompe, à la contracture des muscles de la chaîne qu'il faut en attribuer la production.

Quant aux bourdonnements de l'oreille interne, c'est la congestion soit veineuse, soit artérielle du labyrinthe qui les détermine.

L'auteur ajoute que lorsque la congestion est artérielle, le bourdonnement est isochrone au pouls.

Le traitement varie suivant la cause. Ainsi dans les bruits existant en dehors d'une affection de l'oreille, il faudra d'abord rechercher parmi les affections que nous avons énoncées celle qui a pu les produire et instituer un traitement en conséquence.

Si le bourdonnement est dû à un corps étranger, il faudra naturellement l'extraire, s'il est dû à du mucus contenu dans la caisse, et que le cathétérisme soit insuffisant pour le chasser, l'auteur n'hésite pas à conseiller la paracentèse de la membrane.

Il faudra faire la section du tendon du muscle tenseur du marteau si le bourdonnement est produit par une contracture que les autres moyens généralement employés n'ont pu vaincre.

Dans les bourdonnements d'origine labyrinthique, l'acide hydro-bromique à la dose de 15 gouttes a donné, paraît-il, de bons effets.

D^r HERMET.

Sur les phénomènes auditifs dans l'empoisonnement par l'huile de chénopode, par le D^r SAMUEL SEXTON, à New-York. (*American journal of otology.*)

Dernièrement le D^r North a rapporté dans l'*American Journal of otology*, deux cas d'empoisonnement par l'huile de chénopode, parmi les symptômes desquels on a noté de la surdité et du tintement d'oreille. Presque à la même époque, un cas semblable a été observé par le D^r Pole. En voici les principaux traits :

La malade était une petite fille de deux ans. On lui avait fait prendre une cuillerée à café d'huile de chénopode, et quelques heures après, elle fut prise de vomissements.

médecin la trouva profondément assoupie et le front inondé d'une sueur froide et visqueuse. L'haleine avait une forte odeur d'huile de chénopode. L'enfant paraissait très prostrée; son pouls était fréquent — 120 pulsations par minute. On lui donna un peu d'eau-de-vie dans du lait, et le pouls retomba à 80. Une heure plus tard elle devint très inquiète et poussait des cris par moments. De petites doses de bromure de potassium produisirent du calme et la malade dormit toute la nuit d'un sommeil régulier, ne se réveillant que pour demander à boire. Le lendemain l'enfant était très irritable. Elle ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout, et chancelait lorsqu'on la soutenait; elle paraissait en outre avoir des douleurs abdominales. Le médecin ordonna un lavement pour évacuer l'intestin. Dans la journée, vomissements fréquents ayant toujours une odeur d'huile de chénopode. Le bromure et l'iodure de potassium furent administrés à des intervalles réguliers. Le troisième jour la petite fille jouait et semblait complètement remise. La mère attira alors l'attention du médecin sur la difficulté de l'ouïe qu'elle avait remarquée. Le lendemain, la malade était très agitée et demandait constamment à être couchée; mais la surdité avait disparu. Le jour suivant elle était complètement rétablie.

Ce cas est entièrement semblable à ceux du Dr North. Tous sont marqués par des troubles cérébraux et des altérations auditives prononcées. L'huile de chénopode semble exercer une action spéciale sur l'oreille moyenne. Il y a toujours du tintement d'oreille et du vertige auditif, bien que chez de très jeunes malades ces symptômes soient difficiles et parfois même impossibles à constater. Dans deux ou trois cas, l'ingestion du médicament fut suivi peu de temps après de vomissements; ce qui fut la cause sans doute d'un recouvrement relativement prompt de la santé; car dans l'un des cas cités par le Dr North, le traitement a dû être prolongé pendant deux semaines environ.

Dans une observation publiée par le Dr Brouen, l'issue a été funeste. Un homme, âgé de trente et un ans, avait pris 48 grammes d'huile de chénopode avec 30 gouttes d'essence

de térébenthine : il mourut cinq jours après. Il vomissait ; il chancelait en marchant comme un homme ivre. Il y avait chez lui de la surdité pour la voix humaine et en même temps une sensibilité très grande au bruit des voitures, dont les vibrations lui faisaient l'effet de coups de canon. Il avait du tintement d'oreilles, et était devenu tellement sourd qu'on ne pouvait lui parler. Cependant il entendait toujours le roulement des voitures et distinguait le son d'une cloche qui lui parvenait d'une assez grande distance. Il avait aussi de l'aphasie. Vingt-quatre heures avant de mourir, il vomit des matières jaunes qui sentaient l'huile de chénopode. La mort arriva au milieu d'un coma profond qui avait été précédé de quelques accès de convulsions.

L'action de l'huile de chénopode sur l'organe de l'ouïe montre à l'otologiste l'importance qu'auraient pour lui de nouvelles recherches sur les propriétés physiologiques de ce médicament.

CH. BAUMFELD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

Oreille.

Aspergillus flavescens dans la caisse du tympan, par BURNETT. (*Report of the first Congress. of the international otolog. Society*, New-York, p. 7, 1878.)

Fonctions des canaux semi-circulaires, par H. GRADLE. (*Chicago med. Journ. and. Examiner*, août 1878.)

Lésions emboliques de l'organe de l'ouïe, par F. TRAUTMANN. (*Arch. f. Orenheilk.*, p. 73, 1878.)

Influence de la paralysie du facial sur les muscles intrinsèques de l'oreille, par BERNARDT. (*Berlin. klin. Wochens.*, avril 1879.)

Traité des maladies de l'oreille, par Z. KIEN. (Buda-Pesth, 1879.)

De la production de la surdité artificielle ; étude d'acoustique physiologique dans les rapports avec l'étiologie et l'évolution des maladies de l'oreille, par J.-P. CASSELLS. (*Glasgow. med. Journal*, juillet 1879.)

- De quelques opinions récentes sur le développement des canaux externes de l'oreille, par David HUNDT. (*American Journal of otology*, IV, p. 250, 1879.)
- Fait d'hyperesthésie d'un des nerfs auditifs, par BRENNER. (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 16 juin 1879.)
- Un cas de tumeur intra-tympanique avec pulsations de la membrane intacte, par Robert-T. WEIR. (*American Journ. of otology*, II, p. 120, 1879.)
- Affections syphilitiques de l'oreille, par Alb.-H. BUCK. (*American Journal of otology*, I, p. 25, 1879.)
- Du sulfure de calcium dans le traitement des inflammations du conduit auditif externe, par Samuel SEXTON. (*American Journ. of otology*, I, p. 41, 1879.)
- Des phénomènes nerveux dans la carie du rocher et de l'apoplexie mastoïde surtout au point de vue du diagnostic, par Alf. LAURENT. (*Thèse de Paris*, 1879.)
- De l'examen des fonctions acoustiques par le téléphone, par KORTING. (*Deutsche militairartz Zehrl*, n° 7, 1879.)
- Excision de la membrane tympanique, et mobilisation de l'étrier, par KESSEL. (*Oesterreich. aertzliche Vereizsheitung*, 1879.)
- Hydrocéphale se vidant à plusieurs reprises par l'oreille gauche, par MEDIN. (*Hygiea*, p. 290, 1879.)
- Spéculum perforant du tympan, par le professeur Eduardo GIAMPETRO. (*Giorn. inter. delle scienze mediche*, anno 11, p. 400.)
- De la pénétration de la voix, de la parole jusqu'au labyrinthe à travers les os du crâne à l'aide de l'audiphone du dentophone et des appareils similaires, par le professeur Giovan PALADINO. (*Giornale internazionale delle scienze mediche*, anno 11, p. 850.)
- Épilepsie et vertige d'origine auditive, par Mac BRIDE et Alex. JAMES. (*Edinb. med. Journ.*, février 1880.)
- Traitement chirurgical des maladies des oreilles, par PAQUET, de Lille.
- Des ossifications dans l'intérieur de l'oreille chez l'homme, par POTJAN. (*Diss. inaug. Bonn.*)
- Surdité par catarrhe de la trompe et de la caisse; amélioration rapide et guérison parla méthode de Allen, par WEMYSS BOGG. (*The Lancet*, vol. 11, p. 43.)
- Du vertige de Ménière, par GUYE, d'Amsterdam. (*Revue mens. de méd. et de chir.*, mai 1880.)
- État de la muqueuse de la caisse du tympan après section du

- trijumeau dans le crâne, par HAGEN. (*Archiv. für experim. Pathologie*, XI, et 2, p. 39-44.)
- Traitement de l'otorrhée chronique par l'iodoforme, par CZARDA. (*Wien. med. Presse*, n° 5.)
- De la strychnine dans certaines affections de l'ouïe, par GELLÉ. (*France médicale*, 17 mars.)

Larynx.

- Un cas de fistule interne incomplète de la trachée (ou du larynx), ayant amené la formation de poches à air. Réflexions sur l'affection dite hernie de la trachée, par STUART ELDREDGE, chirurgien à Yokohama. (*Amer. journ. of med. sciences*, juillet 1879.)
- Laryngisme striduleux, spasme de la glotte, traitement par l'hydrate de chloral, par W. STEWART. (*The Lancet*, 25 mai 1878.)
- Atrophie de l'un des côtés de la face, accompagnée de parésie des cordes vocales, par REVERLY ROBINSON. (*American Journal*, octobre 1878.)
- Deux cas de luxation du cartilage aryténoïde gauche déterminant une voix de fausset, par STÖRK. (*Wien. med. Woch.*, n° 50, 1878.)
- Mort rapide par suffocation à la suite de la pénétration dans les bronches de matière caséeuse, résultant de la dégénérescence des ganglions du médiastin, par E. BJÖRKMAN. (*Hygiea*, 1878. *Svenska, Läk. Sällsk. förh.*, p. 109.)
- Excision de l'épiglotte, par W. PORTER. (*Amer. Journ. of med. sciences*, avril 1879.)
- Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; laryngotomie, mort par bronchite putride, autopsie, par BUCOW. (*Berlin. klin. Wochens.*, 18 et 25 août 1879.)
- Écrasement des polypes du larynx au moyen d'une éponge, par STRAUSS. (Breslau, 1879.)
- Inflammation phlycténulaire des cordes vocales ou herpès du larynx, par RUDOLPH MEYER. (*Berlin. klin. Wochens.*, 13 octobre 1879.)
- Résultats de l'examen laryngoscopique dans le croup, par SCHÖFFER. (*Centralb. f. kinderheilk.*, p. 15, 1879.)
- Soudure du larynx, par STÖRK. (*Wien. med. Woch.*, n° 46, 1879.)
- De la trachéotomie dans la paralysie bilatérale des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, et quelques réflexions sur

- cette maladie, par SEMON. (*Brit. med. Journal*, 24 mai 1879.)
- Abcès aigu rétro-pharyngien, œdème de la glotte et dysphagie, trachéotomie, mort, par M. MERKLEN. (*France médicale*, 18 février 1880.)
- Polypes du larynx, trachéotomie, par le Dr LANGLET. (*Union médicale et scientifique du Nord-Est*, 15 février 1880.)
- Laryngotomie crico-thyroïdienne au moyen du thermo-cautère, ulcération de la trachée par la canule, mort par hémorragie due à l'ouverture de la carotide primitive, par VERNEUIL. (*Le Praticien*, 26 avril 1880.)
- Plaie transversale du larynx, lésions des nerfs récurrents, par M. TACHARD (de Toulouse). (*Gazette des hôpitaux*, 15 mai 1880.)
- Étude sur les polypes kystiques du larynx, par le Dr MOURE. (*Gaz. des hôpitaux*, p. 995, 1880.)
- Carcinome primitif de la trachée, par le Dr VINCENZO-MORRA. (*Giorn. inter. delle scienze mediche*, anno 11, p. 1129.)
- Des abcès du larynx, par Janicot. (*Thèse Paris*, n° 150.)
- Fractures des cartilages du larynx, thyrotomie immédiate, par CATHERINAPOULOS (*Thèse Paris*, 375.)
- Recherches expérimentales sur la sensibilité de la muqueuse laryngienne, par PIENIACZEN. (*Med. Jahrb.* n° 4.)
- Plaie du larynx et de l'œsophage; trachéotomie, par FINLAY. (*Edinb. med. journ. of med.*, p. 473, juin.)
- Abcès du replis aryteno-épiglottique, par Andrew H. SMITH. (*Arch. of med. New-York*, vol. I, n° 2, p. 220.)
- Traitement mécanique des rétrécissements du larynx, par W. HACK. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 152.)
- Du traitement de la laryngite catarrhale aiguë et chronique chez l'adulte, par P. SEMON. (*Brit. med. journ.* 14 janvier 1880.)
- Contribution à l'étude des affections syphilitiques du larynx chez les enfants, par J. EROSS et BOKAI. (*Jahrb. f. Kinderheilk*, avril 1880.)
- Observations et opérations de polypes du larynx, par LORI. (*Jahrb. f. kind. Bd. XX, Heft. I*, p. 126-128, 1880.)
- Abcès aigu rétro-laryngien, œdème de la glotte et dysphagie, trachéotomie, mort, par MERKLEN. (*France méd.*, 18 février 1880.)
- Maladies de la gorge et du nez, par J.-S. COHEN. (2^e édition in-8°, New-York.)

Région naso-pharyngienne.

- Empyème des sinus frontaux. (*Arch. f. klin. med.*, vol. XX, 1877.)
- Tuberculose de la cloison des fosses nasales, par RIEDEL. (*Deuts. Zeit. f. chirurgie*, p. 56, 1878.)
- Un cas de coryza caséeux, par PERIER. (*Bulletin soc. chir.*, p. 779, 1879.)
- Rhinoscopie et pharyngoscopie, par Rudolph VOLTOLINI. (Breslau, 1879.)
- Résumé du traitement des polypes fibreux naso-pharyngiens, par MICHAUX. (*Bulletin de l'Académie de Belgique*, avril 1879.)
- Le pli salpingo-pharyngien, par ZAUFAL. (*Prager med. Wochens.*, nos 22 et 43, 1879.)
- Contribution au traitement du catarrhe de l'antre d'Highmore. (*Berlin. klin. Wochens.*, avril 1879.)
- De l'Excision transversale du voile du palais comme opération préliminaire pour l'extirpation des polypes pharyngiens, par BOECKEL. (*Bulletin de la Société de chir.*, p. 719, 1879.)
- Tumeurs du voile du palais (contribution à l'étude des), par le Dr OTT. (*Thèse*, 1880.)
- Cas de gangrène du voile du palais, par M.-E. CRUVEILHIER. (*France médicale*, 9 avril 1880.)
- Tumeur kystique occupant la face linguale de l'épiglotte, par le Dr MOURE. (*Progrès médical*, 18 décembre 1880.)
- Du traitement du catarrhe de l'arrière-cavité des fosses nasales, par BLACWOOD. (*Philad. med. Times*, 8 novembre.)
- Un cas de division du voile du palais avec surdi-mutité acquise. Staphyloraphie. Guérison, par ALT. (*Arch. f. Orenheilk*, t. VII, p. 211.)
- Corps étrangers de l'œsophage, par M. LANNELONGUE. (*Gaz. des hôpitaux*, 15 mai 1880.)
- Deux cas de développement considérable et de chute de la langue consécutifs à la perte d'une portion du maxillaire inférieur, par le Dr GIRERD. (*Nouveau journal médical*, nos 3 et 4, mai 1880.)
- Des opérations de polypes naso-pharyngiens sans opération préalable, par COLIGNON. (In-4°, Lyon.)
- Du traitement de l'ozène, par G.-E. MASTERMANN. (*Brit. med. Journ.*, avril 1880.)
-

Congrès international des Sciences médicales.**7^e SESSION.**

LONDRES, 1881.

Monsieur et très honoré confrère,

A la sixième session du Congrès international Médical, tenue à Amsterdam, on exprima le désir général que la prochaine réunion eût lieu en Angleterre. Nous avons l'honneur de vous informer qu'un Comité d'organisation vient de se constituer, qu'il a désigné Londres comme le siège du Congrès, et qu'il a nommé les Comités suivants :

*Comité exécutif :*M. le docteur RISDON BENNETT, P.R.C.P., F.R.S., *Président.*

M. BOWMAN, F.R.S.	M. MAC CORMAC.
M. le D ^r ALFRED CARPENTER.	M. MAC KELLAR.
M. le D ^r ANDREW CLARK.	Sir JAMES PAGET, Bart., F.R.S.
M. le D ^r MATTHEW DUNCAN.	M. GEORGE POLLOCK.
M. ERICHSEN, P.R.C.S., F.R.S.	M. le D ^r PITMAN.
Sir WILLIAM GULL, Bart., F.R.S.	M. le D ^r SHEPHERD.
M. PRESCOTT HEWETT, F.R.S.	M. le D ^r SIEVERING.
M. LUTHER HOLDEN.	M. le D ^r PYE-SMITH.
M. HUTCHINSON.	Sir HENRI THOMPSON.
Sir WILLIAM JENNER, Bart., F.R.S.	M. le D ^r H. WEBER.
M. le Prof. LISTER, F.R.S.	

*Comité de réception :*PRESCOTT HEWETT, Esq., F.R.S., *Président.*M. le prof. JOHN MARSHALL, F.R.S., *vice-président.*

M. le D ^r CHEPMELL.	Sir TREVOR LAWRENCE, Bart.,
M. le D ^r ANDREW CLARK.	M.R.C.S., M. P.
M. le D ^r FARQUHARSON, M.P.	M. le D ^r LYONS, M.P.
M. COOPER FORSTER.	M. le D ^r MONRO.
M. le D ^r PHILIP FRANK.	M. le D ^r W.-O. PRIESTLEY.
M. le D ^r GRIGG.	M. le D ^r OWEN REES, F.R.S.
M. ERNEST HART.	Sir HENRY THOMPSON.
M. MITCHELL HENRY, F.R.C.S.,	M. le D ^r A. VINTRAS.
M.P.	M. le D ^r SHARKEY, <i>secrétaire.</i>
M. le D ^r GEORGE JOHNSON, F.R.S.	M. le D ^r S. WEST, <i>secrétaire.</i>

Une réception générale aura lieu le mardi soir, 2 août 1881 ;
et les séances s'ouvriront le mercredi, 3 août, et finiront

Les langues officielles seront le français, l'allemand et l'anglais.

Bien des circonstances nous font espérer qu'en cette occasion, nous aurons l'honneur de voir chez nous un grand nombre de médecins distingués de tous les pays. Nous désirons les recevoir avec la plus haute considération et la plus grande cordialité. Tout nous fait espérer que nos compatriotes viendront, non seulement de toutes les parties du Royaume-Uni, mais aussi des Indes et de toutes nos colonies.

Sa Majesté la Reine a bien voulu nous donner une nouvelle preuve de sa sympathie et de sa bienveillance en nous autorisant à mettre le Congrès sous son haut patronage.

Son Altesse Royale le prince de Galles a montré l'intérêt qu'il porte au progrès des Sciences médicales en nous accordant la même faveur.

Outre les séances générales, le travail du Congrès sera distribué entre 15 sections.

Un Musée d'objets intéressants, ayant rapport aux Sciences médicales, sera ouvert pendant la durée du Congrès.

Nous nous efforcerons de rendre aussi agréable que possible le séjour de Londres à nos confrères, en ajoutant à l'intérêt de la science les agréments de la société.

Les dames seront admises à la séance d'ouverture, ainsi qu'aux réunions amicales, mais ne seront pas reçues aux séances scientifiques. Le règlement du Congrès sera bientôt fixé. Ci-joint la liste provisoire des présidents, vice-présidents et secrétaires.

Londres, août 1880.

POUR LE COMITÉ,

Le président du Comité : J. RISDON BENNETT.

Le secrétaire général : WILLIAM MAC CORMAC.

MM. les rédacteurs des journaux et des recueils périodiques médicaux sont priés d'insérer la présente circulaire.

Le comité fixera définitivement le programme le 30 avril 1881, et toutes les communications ayant rapport au Congrès, ainsi qu'un résumé des discours destinés aux séances, doivent être adressées avant cette époque au

Secrétaire général, M. MAC CORMAC,

13, Harley Street, London, W.

SECTION X. — MALADIES DE L'OREILLE.

Président.

William B. Dalby, Esq.

Vice-Présidents.

Dr Cassells, Glasgow.

|

Dr Fitzgerald, Dublin.

Secrétaires.

Dr Urban Pritchard.

|

Dr Laidlaw Purves.

Congrès international des Sciences médicales.

7^e SESSION.

LONDRES, août 1881.

Monsieur,

Le Comité exécutif a décidé, sur la recommandation du président, des vice-présidents et des secrétaires de la Section de Médecine, de former une subsection de laryngologie. En considération de l'importance des questions appartenant au ressort de la laryngologie, le Comité exécutif a résolu de considérer cette subsection comme une partie intégrale de la section de Médecine, lui assurant, par cette résolution, une position plus importante.

Vous avez probablement déjà reçu une communication du secrétaire général du Congrès international de Médecine, vous informant des circonstances sous lesquelles le Congrès aura lieu à Londres, en août 1881.

Non seulement dans l'intérêt des Sciences médicales, en général, mais spécialement dans celui de la subsection qui nous a été assignée, nous espérons sérieusement qu'il vous sera possible d'être présent et de prendre part aux délibérations du Congrès.

Ceux qui ont été chargés des arrangements pour le Congrès veilleront à ce que chaque question proposée reçoive une attention égale à son importance, ayant toutefois égard au temps disponible de notre subsection.

Afin d'obtenir le plus grand avantage pour les Sciences médicales, qui pourra résulter de la réunion de tant d'hommes éminents, nous avons considéré utile de suggérer une liste provisoire des questions dont la discussion nous paraît à désirer et que nous avons l'honneur de vous envoyer en même temps.

Les travaux destinés au Congrès devront être remis aux secrétaires de notre subsection avant le 30 avril 1881, afin qu'ils soient traduits en allemand et en anglais, pour la facilité des membres des autres nationalités.

Le Comité se réserve le droit de refuser tout travail non approuvé.

Agréez, Monsieur, nos salutations amicales,

F. DE HAVILLAND HALL, — FELIX SEMON, — THOMAS-JAMES,
WALKER, *secrétaires*.

Congrès international des Sciences médicales.

LONDRES, 1881.

SECTION IV. — MÉDECINE.

Sir WILLIAM W. GULL, Bart., F.R.S., *président*.

M. le prof. W.-T. GAIRDNER,

M. le Dr GEORGE JOHNSON, F.R.S.,

M. le Dr RICHARD QUAIN, F.R.S.,

M. le Dr WILLIAM ROBERTS, F.R.S.,

} *Vices-présidents.*

SUBSECTION. — LARYNGOLOGIE.

Liste des sujets proposés pour discussion.

1. Du traitement local de la diphthérie.
2. La pathologie de la phtisie laryngée.

3. Les symptômes laryngoscopiques résultant des blessures ou des maladies des nerfs moteurs du larynx.
4. Des névroses de sensation du pharynx et du larynx.
5. Les indications pour le traitement extra ou intra-laryngé des polypes du larynx.
6. Les résultats du traitement mécanique des sténoses laryngées.
7. Les indications pour l'extirpation entière ou partielle du larynx.
8. La méthode galvanocaustique dans le nez, le pharynx et le larynx.
9. Les végétations adénoïdes dans la voûte du pharynx.
10. La nature et le traitement de l'ozène.

Pendant la durée du Congrès l'occasion sera donnée pour la démonstration des malades, des préparations anatomiques, des instruments et appareils nouveaux, des nouvelles méthodes d'illumination, etc.

F. DE HAVILLAND HALL,	}	<i>secrétaires de la Subsection laryngologique.</i>
FELIX SEMON,		
THOMAS-JAMES WALKER,		

Le président et les secrétaires vous seraient très obligés pour une réponse, les informant, s'il est de votre intention d'être présent au Congrès, de même que pour des propositions regardant la liste ci-dessus.

Toutes les communications ayant rapport à la subsection de laryngologie doivent être adressées à

M. le Docteur FELIX SEMON,
59, Welbeck Street,
London, W.

TABLE DES AUTEURS

	Pages.		Pages.
AUDIGÉ. Étude sur la bron-		BRISSON. De l'otorrhée sans	
chotomie préliminaire, par		lésion osseuse et de son	
le Dr Redon.	50	traitement, analyse par le	
BAGROFF. Nouveau procédé		Dr Jacquemart.	358
de trépanation de l'apophyse		BRUNNER. Contribution à l'é-	
mastoïde, analyse par le		tude des bruits subjectifs	
Dr Kuhff.	61	de l'oreille, analyse par le	
BARATOUX. Nouveau polypo-		Dr Lévi.	239
tome.	47	BURCKHARDT-MERIAN. Contri-	
BARÉTY. De la laryngite stri-		bution à l'étude de la pa-	
duleuse, faux croup.	328	thologie et de l'anatomie	
BARTH. De l'angine tubercu-		pathologique de l'oreille,	
leuse, analyse par le Dr Jac-		analyse par le Dr Kuhff. . .	93
quemart.	166	CASTEX. Note sur un cas de	
BARTHÉLEMY. Chancres du pi-		péri-œsophagite.	195
lier antérieur, syphilis igno-		CASTEX. Étude sur la laryn-	
rée.	316	gite syphilitique secon-	
BAUMFELD. Remarques prati-		daire, par le Dr Bouchereau	223
ques sur l'injection d'air		CAZELLI. Extirpation com-	
dans la caisse du tympan,		plète du larynx, du pha-	
par Creswel Bader.	157	ryn timer, de la base de la lan-	
BAUMFELD. Extirpation du		gue, du voile du palais et	
larynx, par Kapff.	212	des amygdales, guéri-	
BAUMFELD. Quelques remar-		son, etc., analyse par Mo-	
ques sur l'anesthésie du		nouvrier.	207
larynx, par Glasgow.	216	CAZIN. Lupus du voile du	
BAUMFELD. Traitement abor-		palais et de l'isthme du go-	
tif de l'inflammation furon-		sier, scrofules de la face,	
culeuse du conduit auditif		guéris par un érysipèle. . .	33
externe, par Weber Liel. . .	308	CHUQUET. Affection ulcéreuse	
BAUMFELD. Sur les phénomè-		du larynx probablement de	
nes auditifs dans l'empois-		nature tuberculeuse prise	
onnement par l'huile de		pour une adénopathie tra-	
chénopode, par le Dr Sa-		chéo-bronchique.	44
muel Sexton.	363	CLAVEAU. De l'enseignement	
BENZENGUE. Les sourds-		de la parole dans les ins-	
muets de Moscou, analyse		tutions de sourds-muets,	
par le Dr Kuhff.	248	analyse par le Dr L. de L. . .	152
BERKER. Traitement des		CRESWEL-BADER. Remarques	
suppurations de l'oreille		pratiques sur l'injection	
moyenne.	60	d'air dans la caisse du	
BEZOLD. Compte rendu de		tympan, analyse par Ch.	
l'institut otologique, ana-		Baumfeld.	157
lyse par le Dr Kuhff.	97	DALLY. Lettre sur Cauterets.	204
BÖCKEL (Jules). De l'emploi		GELLÉ. Étude expérimentale	
du thermocautère dans la		sur les fonctions de la	
trachéotomie.	130	trompe d'Eustache.	184
BOUCHEREAU. Étude sur la		GLASGOW. Quelques remarques	
laryngite syphilitique se-		sur l'anesthésie du larynx,	
condaire, analyse par		analyse par Baumfeld. . . .	216
M. Castex.	223	GOTTSTEIN. De l'ozène et de	

	Pages.		Pages.
son traitement.	62	son traitement, par le Dr	
GRAZZI. L'otorrhée, ses effets,		Brisson.	358
ses causes et son traite-		KAPFF. Extirpation du larynx,	
ment, analyse par le Dr Ma-		analyse par Baumfeld. . .	212
nouvrier.	118	Koch. Plaie du larynx occa-	
GRUBER. Contribution à l'é-		sionnée par une fourche à	
tude du développement de		foin	37
l'appareil auditif de l'homme		Koch. Contribution à l'étude	
et des mammifères, analyse		du cancer laryngien. . . .	38
par le Dr Kuhff.	58	Koch. Paralyse respiratoire	
GRUBER. Cas remarquable de		aiguë du larynx.	88
nécrose du temporal, ana-		Koch. Rétrécissement laryn-	
lyse par le Dr Kuhff. . . .	309	gien après la fièvre ty-	
HARTMANN. De la formation		phoïde. Considérations sur	
de séquestre dans la ré-		le laryngo-typhus.	90, 150
gion mastoïdienne chez		Koch. De l'ignipuncture	
l'enfant.	93	dans les affections des pre-	
HARTMANN. De la surdi-		mières voies aériennes. . .	273
mutité et de l'éducation des		KRISHABER. L'ignipuncture	
sourds-muets, analyse par		appliquée aux granulations	
le Dr Kuhff.	113, 173	du pharynx et du larynx. .	63
HASSELER. Des altérations		KRISHABER. Du spasme la-	
organiques et fonctionnel-		ryngé dans l'ataxie locomo-	
les de l'appareil auditif dans		trice.	249
le cours de la fièvre ty-		KRISHABER. De la conduite	
phoïde, analyse par le Dr		de l'opérateur en face des	
Hermel.	306	corps étrangers engagés au	
HEMMING DOUGLAS. Formes,		niveau de la glotte. . . .	319
causes et traitement des		KUHFF. Contribution à l'étude	
bourdonnements des oreil-		du développement de l'app-	
les, analyse par le Dr Her-		pareil auditif de l'homme	
met.	361	et des mammifères, par le	
HERMET. De la syphilis et de		Dr Jos. Gruber.	58
la phthisie laryngée au point		KUHFF. L'aqueduc du lima-	
de vue du diagnostic, par		çon de l'homme, par le Dr	
le Dr Moure.	52	Weber Liel.	59
HERMET. Considérations sur		KUHFF. Nouveau procédé de	
le pronostic et le traite-		trépanation de l'apophyse	
ment de l'otorrhée, par le		mastoïde, par Bagroff. . .	61
Dr Schiffrs.	229	KUHFF. Contribution à l'é-	
HERMET. Des altérations or-		tude de la pathologie et de	
ganiques et fonctionnelles		l'anatomie pathologique de	
de l'appareil auditif dans le		l'oreille, par A. Burkhardt	
cours de la fièvre typhoïde,		Mérian.	96
par le Dr Hasseler. . . .	306	KUHFF. Comptendu de l'In-	
HERMET. Formes, causes et		stitut otologique, par Be-	
traitement des bourdonne-		zold.	97
ments des oreilles, par W.		KUHFF. De la surdi-mu-	
Douglas Hemming.	361	tité et de l'éducation des	
JACQUEMART. L'aire de la selle		sourds-muets, par A. Hart-	
turcique, par le Dr Sapolini.		mann	113, 173
JACQUEMART. De l'angine tu-		KUHFF. Les sourds-muets de	
berculeuse, par le Dr		Moscou, par le Dr Benzen-	
Barth.	166	gue.	248
JACQUEMART. Otoscope nou-		KUHFF. Cas remarquable de	
veau.	182	nécrose du temporal, par	
JACQUEMART. De l'otorrhée		J. Gruber.	309
sans lésion osseuse et de		KUHFF. Des pansements de	

TABLE DES AUTEURS.

377

	Pages.
la membrane du tympan au collodion dans diverses affections de l'oreille, par le Dr Mac Keown	310
KUHN. Contribution à l'anatomie de l'oreille, analyse par le Dr Lévi	356
LABUS. Lettre d'avis du Congrès international de laryngologie	124
LADREIT DE LACHARRIÈRE. Surdité, ses degrés et ses causes, et les différents appareils préconisés récemment pour en diminuer les inconvénients	1
LADREIT DE LACHARRIÈRE. De l'enseignement de la parole dans les établissements de sourds-muets, rapport de M. Claveau	452
LADREIT DE LACHARRIÈRE. De l'action des courants électriques continus dans certaines affections de l'oreille interne	187
LÉVI. Contribution à l'étude des bruits subjectifs de l'oreille, par le Dr Brunner	239
LÉVI. Contribution à l'anatomie de l'oreille, par le Dr Kuhn	356
MAC-KEOWN. Des pansements de la membrane du tympan au collodion dans diverses affections de l'oreille, analyse par le Dr Kuhff	310
MANOUVRIER. L'otorrhée, ses effets, ses causes et son traitement, par le Dr Grazi	118
MANOUVRIER. Extirpation complète du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du voile du palais et des amygdales, guérison, etc., par le professeur Cazelli	207
MANOUVRIER. Considérations sur un cas de croup suivi de guérison, par F. Massei	220
MARTEL. Contribution à l'étude de l'aphonie simulée	125
MARTEL. Œdème de l'aryténoïde droit	313
MASSEI. Considérations sur un cas de croup suivi de guérison, analyse par le	

	Pages.
Dr Manouvrier	220
MOURE. De la syphilis et de la pharyngite laryngée, au point de vue du diagnostic, analyse par le Dr Hermet	52
MOURE. Nouveau dilateur laryngien	56
MOURE. Nouveau laryngoscope	121
MOURE. Tumeurs papillaires chez un enfant de cinq ans ayant simulé une adénopathie trachéo-bronchique	146
ORNE GREEN. Phlébite des veines mastoïdiennes	241
REDON. Etude sur la bronchotomie préliminaire	50
RICHELOT. Goître colloïde, petis kystes colloïdes très nombreux, dont un très volumineux; stroma fibreux n'offrant rien de particulier	311
RIESENFELD. Traitement du catarrhe chronique du pharynx	170
SAPOLINI. L'aire de la selle turque, analyse par le Dr Jacquemart	163
SCHIFFERT. Considérations sur le pronostic et le traitement de l'otorrhée, analyse du Dr Hermet	229
SEXTON. Sur les phénomènes auditifs dans l'empoisonnement par l'huile de chenopode, analyse par Baumfeld	363
SPENCER. Du traitement sec dans la suppuration de l'oreille moyenne	357
URBANTSCHITSCH. Traité d'otiatrice, analyse par le Dr Weissgerber	230
VOLTOLINI. Emphysème provoqué par l'injection de l'air dans l'oreille moyenne	180
WEBER LIEL. L'aqueduc du limaçon de l'homme, analyse par le Dr Kuhff	59
WEBER LIEL. Traitement abortif de l'inflammation furonculaire du conduit auditif externe, analyse par Baumfeld	308
WEISSGERBER. Traité d'otiatrice, par le Dr Urbantschitsch	230

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.		Pages.
A		syphilis ignorée, par le Dr Barthélemy	316
Affection ulcéreuse du larynx probablement tuberculeuse prise pour une adénopathie trachéo-bronchique, par M. Chuquet.	44	Chénopode (Sur les phénomè- nes auditifs dans l'empois- sonnement par l'huile de), par le Dr Samuel Sexton.	363
Aire de la selle turcique, par le Dr Sapolini.	163	Congrès de laryngologie de Milan.	278
Altérations organiques et fonc- tionnelles de l'appareil au- ditif dans le cours de la fièvre typhoïde, par le Dr Hasseler	306	Congrès international de la- ryngologie. — Lettre du Dr Labus.	124
Anatomie de l'oreille (Contri- bution à l'), par le Dr Kuhn.	356	Congrès international d'oto- logie de Milan (Invitation au).	186
Anesthésie du larynx (Quel- ques remarques sur l'), par Glasgow.	216	Congrès international d'oto- logie.	291 et 352
Angine tuberculeuse, par le Dr Barth.	166	Congrès international de Mi- lan pour l'amélioration du sort des sourds-muets.	342
Aphonie simulée (Contribution à l'étude de l'), par le Dr Mar- tel.	125	Congrès international de Lon- dres.	
Aqueduc du limaçon de l'homme, par Weber Liel.	59	Corps étrangers de l'oreille. (Nouveau moyen de les enle- ver).	62
B		Corps étrangers engagés au niveau de la glotte (De la conduite de l'opérateur en face des), par le Dr Krishna- ber	319
Bourdonnements des oreilles (Formes, causes et traite- ment des), par M. Douglas Hemming.	361	Courants électriques conti- nus sur certaines affections de l'oreille interne (De l'ac- tion des), par le Dr Ladreit de Lacharrière.	187
Bronchotomie préliminaire (Étude sur la), par le Dr Re- don.	50	Croup suivi de guérison (Con- sidération sur un cas de), par le Dr E. Massei.	220
Bruits subjectifs de l'oreille (Contribution à l'étude des), par le Dr G. Brunner.	239	D	
C		Développement de l'appareil auditif de l'homme et des mammifères (Contribution à l'étude du), par Jos. Gruber.	58
Cancer laryngien (Contribu- tion à l'étude du), par le Dr Paul Koch.	38	Dilatateur laryngien nouveau, par le Dr Moure.	56
Catarrhe chronique du pha- rynx (Traitement du), par le Dr Riesenfeld.	170		
Chancre du pilier antérieur,			

TABLE DES MATIÈRES.

379

	Pages.
E	
Emphysème provoqué par l'injection de l'air dans l'oreille moyenne, par le professeur Voltolini. . . .	180
Enseignement de la parole dans les institutions de sourds-muets, par M. Claveau.	152
Exécution manquée de Raab.	99
Extirpation complète du larynx, du pharynx, de la base de la langue, du voile du palais et des amygdales, guérison avec restauration complète, naturelle de la déglutition et artificielle du langage, par le professeur Azzio Cazelli.	207
Extirpation du larynx, par le Dr Kapff.	212
F	
Fonctions de la trompe d'Eustache (Étude expérimentale sur les), par le Dr Gellé. . .	184
G	
Goître colloïde, petits kystes colloïdes très nombreux, deux ou trois volumineux : stroma fibreux n'offrant rien de particulier, par le Dr Richelot.	311
I	
Indications bibliographiques.	365
Ignipuncture appliquée aux granulations du pharynx et du larynx, par le Dr Kriszhaber.	63
Ignipuncture dans les affections des premières voies aériennes (De l'), par le Dr Koch.	273
Inflammations suppuratives de l'oreille moyenne (Traitement des), par Berker. . .	60
Inflammation furonculaire du conduit auditif externe (Traitement abortif de l'), par	

	Pages.
Weber-Liel.	308
Injection d'air dans la caisse du tympan (Remarques pratiques sur l'), par Creswell Bader.	157
Institut otologique (Comptendu de l'), par le Dr Bezold.	97
L	
Laryngite syphilitique secondaire (Étude sur la), par le Dr Bouchereau.	223
Laryngite striduleuse ou faux croup (De la), par le Dr Baréty.	263-328
Laryngoscope nouveau, par le Dr Moure.	121
Lettre sur Caunterels, par le Dr Dally.	204
Lupus du voile du palais et de l'isthme du gosier; scrofulides de la face guéries par un érysipèle, par le Dr Cazin.	33
N	
Nécrose du temporal (Cas remarquable de), par J. Gruber.	309
Nouveau polypotome, par Baratoux.	47
O	
Œdème de l'aryténoïde droit, par le Dr Martel.	313
Otorrhée (ses effets, ses causes, et son traitement), par le Dr V. Grazi.	118
Otorrhée (Considération sur le pronostic et le traitement de l') par le Dr Schiffers. . .	229
Otorrhée sans lésions osseuses et de son traitement, par le Dr Brisson.	358
Otoscope du Dr Jacquemart. . .	182
Ozène et son traitement par J. Gottstein.	62

	Pages.		Pages.
P			
Pansément de la membrane du tympan au collodion dans diverses affections de l'oreille, par Mac-Keown.	310	par le Dr Benzengue. . . .	248
Paralysie respiratoire aiguë du larynx, par le Dr Paul Koch.	88	Spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice, par le Dr Kris-haber.	249
Pathologie et anatomie pathologique de l'oreille (Contribution à l'étude de) par Burckhardt-Merian. . . .	96	Suppuration de l'oreille moyenne (Du traitement sec dans la), par le Dr Spencer.	357
Peri-oesophagite (Note sur un cas de), par la Dr Castex. . . .	195	Surdi-mutité et de l'éducation des sourds-muets par A. Hartmann.	113-173
Phlébite des veines mastoïdiennes, par Orne Green. . . .	241	Surdité (ses degrés ses causes, et les différents appareils préconisés récemment pour en diminuer les inconvénients), par le Dr Ladreit de Lacharrière.	1
Plaie du larynx occasionnée par une fourche à foin, par le Dr Paul Koch.	37	Syphilis et phtisie laryngée au point de vue du diagnostic, par le Dr Moure. . . .	52
R		T	
Rétrécissement laryngien après la fièvre typhoïde — Considérations sur le laryngo-typhus, par le Dr Paul Koch.	90-150	Thermo-cautère dans la trachéotomie (De l'emploi du), par le Dr J. Bœckel. . . .	130
S		Traité d'otiatricque, par le Dr Urbantschitsch.	230
Séquestre dans la région mastoïdienne chez l'enfant (De la formation de), par A. Hartmann.	93	Trépanation de l'apophyse mastoïde (Nouveau procédé de) par Bagroff.	61
Sourds-muets de Moscou(les),		Tumeurs papillaires du larynx chez un enfant de cinq ans ayant simulé une adénopathie trachéo-bronchique, par le Dr Moure.	146

SILPHIUM CYRENAÏCUM

MÉDAILLE D'ARGENT. — PARIS, 1875.

DEFFÈS, PHARMACIENS DE 1^{re} CLASSE

2, RUE DROUOT, PARIS

et dans toutes les pharmacies de France et de l'Étranger.

Le *Silphium* s'applique avec le plus grand succès aux *maladies de la poitrine et de la gorge*.

Préparations usitées : *Teinture*. — *Granules* à 25 milligr. et à 5 centigr. d'extrait. — *Poudre* préparée spécialement pour les maladies de l'*arrière-gorge* et du *larynx*.

MM. les médecins connaissent trop aujourd'hui l'efficacité du *Silphium* dans la phthisie pulmonaire pour qu'il soit utile de leur en faire l'éloge. Nous voulons attirer leur attention sur l'une de ses applications, qui valut au Dr LAVAL ses premiers succès, le traitement des granulations des paupières si fréquentes en Orient, et des granulations de la gorge si communes parmi les artistes, les professeurs et les avocats. Il employait les deux préparations suivantes :

1 ^o Teinture de Silphium.....	20 gouttes.
Glycérine très pure.....	100 grammes.

Verser quelques gouttes sur une soucoupe et badigeonner avec un pinceau, deux fois par jour, le fond de la gorge. (Laver soigneusement le pinceau après chaque opération.)

2 ^o Extrait de Silphium.....	1 gramme.
Amidon pulvérisé.....	100 grammes.

A l'aide d'un insufflateur, tapisser de cette poudre parfaitement mélangée la muqueuse malade, deux fois par jour.

Cette poudre se vend toute préparée, 2, rue Drouot, et dans toutes les pharmacies.

On activera le traitement d'une façon très sensible en prenant chaque jour, en deux fois, 10 gouttes de teinture dans de l'eau, ou deux granules roses (à 25 milligrammes).

DRAGÉES & ÉLIXIR
Au Protochlorure de Fer
Du Docteur RABUTEAU
Lauréat de l'Institut — Prix de Thérapeutique.

Les expérimentations faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que les Dragées et l'Elixir du D^r Rabuteau régénèrent les globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée avec les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen du **Compte-Globules**
 Les Préparations du D^r Rabuteau ne produisent pas la constipation, et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Détail dans toutes les Pharmacies.

VENTE EN GROS : chez **CLIN & C^o**, 14, RUE RACINE, PARIS
 Où l'on trouve également les Dragées au Bromure de Camphre du D^r Clin.

LIBRAIRIE DE G. MASSON

Les Vacances d'un médecin, par M. le D^r. E. GUIBOUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-18. 3 fr.

Table de ce volume : Les Pyrénées, — les Eaux-Bonnes, — les Eaux-Chaudes, — Cauterets, — Saint-Sauveur, — Barèges (1863), — Amélie-les-Bains (1863 à 1865), Italie (1861), — Genève, — Saint-Gervais, — le Mont-Blanc, — le Mont-Rose (1862) — Constantinople, — Salzbourg, — Vienne, — le Danube, — la Hongrie, — Athènes (1867), — la Belgique (1869), — Celigny, — Divonne, — Allevard (1872), Amphion, — Evian, — Aix-les-Bains, — la Grande-Chartreuse, — Salins-de-Moutiers, — Brides-les-Bains, — la Bretagne (1878), — la Suisse (1875), — Souvenirs (1876).

Les parasites et les maladies parasitaires chez l'homme, les animaux domestiques et les animaux sauvages avec lesquels ils peuvent être en contact, par M. MÉGNIN, lauréat de l'Institut. *Insectes, Arachnides, Crustacés*, 1 vol. in-8°, avec un atlas de 26 planches lithographiées. 20 fr.

JUL 17 1916

U

de les
avec

écrire

e

.

),

2)

),

-

-

-

-

,,

s

.